

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA S DEKUBITY V DŮSLEDKU  
IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**JANA DUXOVÁ**

**Praha 2015**

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA S DEKUBITY V DŮSLEDKU  
IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU**

Bakalářská práce

JANA DUXOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2015



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Duxová Jana**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s dekubity v důsledku  
imobilizačního syndromu

*Nursing Care for Geriatric Patient with Decubitus Ulcer Caused by  
Immobilization Syndrome*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 9. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny zdroje použité literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 24. 3. 2015

.....

*podpis*

## PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D., za užitečné rady, trpělivost a vstřícnost, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

V Praze dne 24. 3. 2015

.....

*podpis*

## ABSTRAKT

DUXOVÁ, Jana. *Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s dekubity v důsledku imobilizačního syndromu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2015. 62 str.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s dekubity v důsledku imobilizačního syndromu. Teoretická část práce vymezuje pojmy gerontologie, definuje geriatrického pacienta a geriatrické syndromy. Charakterizuje imobilizační syndrom a jeho komplikace. Dále se zabývá problematikou dekubitů, a to etiologií, mechanismem vzniku, faktory ovlivňující vznik dekubitu, klasifikací, hodnocení, prevencí a léčbou. Závěrečná část teoretické práce je zaměřena na obvazové materiály v léčbě již vzniklých dekubitů.

Praktická část je zaměřena na využití teoretických znalostí v praxi a to na konkrétního pacienta. Objektem realizace ošetrovatelského procesu byla letitá pacientka hospitalizována pro dekubit na sacru v důsledku imobilizačního syndromu na Geriatrické klinice Londýnská, Praha 2. U geriatrické pacientky byla naplánována a realizována ošetrovatelská péče, která směřovala k залечení již vzniklého dekubitu a odstranění negativních následků imobility.

Klíčová slova: Dekubity. Geriatrické ošetrovatelství. Geriatrický pacient. Imobilizační syndrom. Ošetrovatelský personál.

## ABSTRACT

DUXOVÁ, Jana. *Nursin Care for Geriatric Patient with Decubitus Ulcer Caused by Immobilization Syndrome*. College for Nursing, o. p. s. Qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague 2015. 62 pages.

The theme of this bachelor thesis is the nursing process in geriatric patient with decubitus due to immobilization syndrome. The theoretical part defines the concepts of gerontology, defines the geriatric patient and geriatric syndromes. It characterizes immobilization syndrome and its complications. It also deals with the issue of decubitus, it means etiology, mechanism of formation, factors influencing the formation of the decubitus, classification, evaluation, prevention and treatment. The final part of the theoretical work is focused on wound dressings materials in the treatment of already created decubitus.

The practical part is focused on the using of theoretical knowledge in practice on the individual patient. The object of realisation nursing process was aged patient, who was hospitalized because of decubitus on the sacrum due to the immobilization syndrome on the Geriatric Clinic London, Prague 2. For the geriatric patient was planned and realized nursing care, which was aimed at the treatment already formed decubitus and at the eliminating the negative aftermath of immobility.

Key words: Decubitus. Geriatric nursin. Geriatric patient. Immobilization syndrome. The nursing staff.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Úvod .....	16
<b>1. Gerontologie .....</b>	<b>17</b>
<b>2. Geriatrické syndromy .....</b>	<b>19</b>
<b>3. Imobilizační syndrom .....</b>	<b>22</b>
3.1. Komplikace syndromu imobility.....	23
3.2. Pohybová léčba v geriatrici .....	25
<b>4. Dekubity .....</b>	<b>26</b>
4.1. Mechanismus vzniku.....	26
4.2. Klasifikace dekubitů .....	28
4.3. Hodnocení vzniku dekubitů .....	29
4.4. Nutriční opatření .....	30
<b>5. Prevence dekubitů .....</b>	<b>32</b>
<b>6. Léčba dekubitů .....</b>	<b>35</b>
6.1. Příprava pacienta k převazu z pohledu všeobecné sestry.....	37
6.2. Krycí materiály pro léčbu dekubitů .....	38
<b>7. Ošetrovatelský proces .....</b>	<b>40</b>
<b>8. Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 2. 9. 2014.....</b>	<b>43</b>
<b>9. Utrídění informací dle domén I NANDA taxonomie II ze dne 3. 9. 2014 .....</b>	<b>44</b>
<b>10. Medicínský management ze dne 3. 9. 2014.....</b>	<b>50</b>
<b>11. Situační analýza ze dne 3. 9. 2014.....</b>	<b>51</b>



<b>12. Stanovení ošetrovatelských diagnóz a uspořádání jejich priorit dne 3. 9. 2014.</b>	<b>52</b>
12.1. Rozpracované ošetrovatelské diagnózy .....	53
<b>13. Doporučení pro praxi .....</b>	<b>59</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>60</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>61</b>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

### **PŘÍLOHY**

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1- Nejčastější místa vzniku dekubitů v poloze na boku .....	28
Obrázek 2- Nejčastější místa vzniku dekubitů v poloze na zádech .....	28
Obrázek 3- Nutridrink .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Obrázek 4- Cubitan .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1- Utřídění informací dle domén I Nanda Taxonomie II 2011- 2014 .....	44
---	----

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b> .....	Body Mass Index, index tělesné hmotnosti
<b>CRP</b> .....	krevní vyšetření na zánětlivé parametry v organizmu
<b>D</b> .....	frekvence dechu
<b>DKK</b> .....	dolní končetiny
<b>eff</b> .....	rozpustné tablety
<b>fr</b> .....	fractura
<b>gtt</b> .....	kapky
<b>KO</b> .....	krevní vyšetření na krevní obraz
<b>kPa</b> .....	kilo Pascal
<b>LHK</b> .....	levá horní končetina
<b>mmHg</b> .....	tlakový parametr
<b>MMSE</b> .....	test kognitivních funkcí
<b>p.o.</b> .....	per os, ústy
<b>P</b> .....	puls
<b>PEG</b> .....	Perkutánní endoskopická gastrostomie
<b>PHK</b> .....	pravá horní končetina
<b>PMK</b> .....	permanentní močový katétr
<b>s.c.</b> .....	subkutánně, pod kůží
<b>SpO<sub>2</sub></b> .....	saturace krve kyslíkem
<b>tbl</b> .....	tablety
<b>TK</b> .....	tlak krevní
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>ung</b> .....	mast

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Anamnéza**- předchorobí  
**Anorexie**- nechutenství  
**Anoxie**- nepřítomnost kyslíku v organismu  
**Apatie**- minimální nebo žádná citová reakce na zevní podněty  
**Artritida**- zánět kloubu  
**Asepticky**- bez přítomnosti mikroorganismů  
**Atektázy**- neschopnost plíce se rozvinout  
**Atrofie**- zmenšení normálně vyvinutého orgánu  
**Bronchitida**- zánět průdušek  
**Burza**- malý váleček v okolí kloubů a šlach vyplněný hlenovou tekutinou  
**Burzektomie**- odstranění malého válečku v okolí kloubů a šlach vyplněný hlenovou tekutinou  
**Defekace**- vyprazdňování stolice  
**Dekubit**- proleženina  
**Delirium**- kvantitativní porucha vědomí  
**Demence**- chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností  
**Deprivace**- nedostatek určitých podnětů  
**Dermis**- kůže  
**Diagnostika**- proces stanovení  
**Dilatace**- roztažení či rozšíření dutého orgánu  
**Endotracheální**- týkající se vnitřku průdušnice  
**Enterální**- střevní  
**Epidermis**- pokožka  
**Epitel**- krycí tkáň  
**Exudát**- výpotek  
**Epitelizace**- pokrytí epitelem  
**Erytém**- červené zbarvení kůže, způsobené rozšířením cév  
**Excize**- vyříznutí  
**Extenze**- natažení, roztažení  
**Fascie**- obal, krytí  
**Fibula**- lýtková kost  
**Geriatricie**- obor, zabývající se diagnostikou a léčbou chorob ve stáří a péči o ně  
**Gerontologie**- obor, který se zabývá studiem změn lidského organismu ve stáří  
**Granulace**- tkáň složená z nově tvořených cév a vaziva- Pomáhá k hojení ran a překrývá poškozené místo.  
**Hematom**- rozsáhlý uzavřený krevní výron  
**Hyperventilace**- zvýšená ventilace plic  
**Hypomobilita**- snížená pohyblivost  
**Hypoventilace**- snížená ventilace plic  
**Hypoxemie**- nedostatek kyslíku v krvi

**Chronicita-** zdlouhavý, chronický průběh nemoci  
**Iatrogenní poškození-** způsobené lékařem (v negativním slova smyslu)  
**Imobilita-** nehybnost  
**Inkontinence-** neschopnost udržet moč  
**Instabilita-** nestabilita  
**Ireverzibilní-** nezvratný  
**Ischemie-** místní nedokrevnost tkáně a orgánu, která vede k jejich poškození až odumření  
**Ischiální-** sedací  
**Kapilární-** krev z periferie, z malých cév  
**Kognitivní-** poznávací, týkající se vnímání a myšlení  
**Kontraktura-** chorobné stažení svalu na podkladě jeho podráždění z okolí  
**Laterální-** postranní, boční  
**Mediální-** střední, ve středu těla či orgánu  
**Mikce-** močení  
**Mikrocirkulace-** oběh tekutinka úrovni jednotlivých tkání, nezbytný pro správnou výživu buněk  
**Mikrotraumata-** malé až mikroskopické poranění, trauma  
**Morbidita-** nemocnost  
**Nazogastrická sonda-** hadička zavedená nosem do žaludku  
**Nekróza-** intravitální odumření buňky, tkáně či orgánu  
**Nutrice-** výživa  
**Obstipace-** zácpa  
**Ortostatický-** týkající se vzpřímené polohy těla  
**Ostitida-** zánět kosti  
**Oxygenoterapie-** léčba kyslíkem  
**Paliativní léčba-** léčba, která zmírňuje utrpení nevyléčitelně nemocného  
**Paliativní-** zmírňující obtíže a bolest  
**Parenterální-** mikrostřední, s vynecháním trávicí trubice  
**Per os-** ústy  
**Per rektum-** konečníkem  
**Plegie-** úplná neschopnost aktivního volného pohybu, ochrnutí  
**Pneumonie-** zápal, zánět plic  
**Posturální-** týkající se vzpřímené polohy těla  
**Predilekční místa-** místo, které je nejčastěji určitým chorobným procesem napadáno  
**Progresivní-** postupující  
**Respirační infekce-** infekce, postihující dýchací orgány  
**Secerovat-** vylučovat  
**Sekrece-** vylučování látek z těla  
**Sepse-** těžká infekce, provázená celkovými projevy zánětu  
**Serózní-** produkující, čirá tekutina  
**Sipping-** upíjení tekutého dietetika  
**Stagnace-** nehybnost, váznutí  
**Stáza-** zpomalení přirozeného pohybu tekutin

**Stenóza**- abnormální zúžení

**Subcutis**- podkoží

**Syndrom**- typická kombinace příznaků určitého onemocnění

**Tachykardie**- zrychlení srdeční frekvence nad 90/ min.

**Terminální**- konečný, poslední

**Trochanter**- kostní výstupek v horní části stehenní kosti

**Tromboembolická nemoc**- onemocnění charakterizováno vznikem krevní sraženiny

**Ulcerace**- vznik vředu, zvrhodování

**Ultrazvuk**- zvukové vlnění, uplatňuje se v lékařství při vyšetření mnoha orgánů

**Urosepse**- sepsis vznikající na podkladě těžké močové infekce

(VOKURKA, 2009)

## ÚVOD

Téma bakalářské práce jsme si zvolili z důvodu našich osobních praktických zkušeností s tímto oborem. Problematika stárnutí a stáří je důležitým tématem. Stárnutí je biologický a nezvratný proces, který čeká každého z nás. Proto bychom se s tímto tématem měli alespoň trochu seznámit a znát jeho radosti i starosti.

V teoretické části naší bakalářské práce se zaměřujeme na geriatrii jako takovou, a na geriatrické syndromy, kterých je poměrně velká škála. Patří do nich např. syndrom imobilizace neboli ztráta soběstačnosti. Je důležité vědět jak o takového pacienta či rodinného příslušníka pečovat, jak mu být nápomocný a jak mu co nejdříve pomoci, dostat se zpátky do svého běžného života.

Dále se v teoretické části se zabýváme problematikou dekubitů. Dekubity jsou jedním z indikátorů kvality poskytované ošetrovatelské péče a jejich výskyt je ostře sledován. Přesto se stále vyskytují v nemocnicích a to nejen u pacientů staršího věku, ale mohou se objevit i u mladší generace (především po operacích, kdy je pacient imobilní a nedostává důkladnou ošetrovatelskou péči). Proto je důležité, aby se všeobecné sestry a jiní nelékařští pracovníci dozvěděli o této problematice a byly s ní seznámeny.

Bez prevence by výskyt dekubitů rapidně narůstal. Proto se v jedné části bakalářské práce zabýváme právě tímto nezbytným tématem. Jde především o polohování pacientů a včasná mobilizace.

Tak jako běží čas, posouvá se i zdravotnická péče na vyšší úroveň. Je nespočet nových obvazových materiálů, které urychlují hojení chronických ran a dekubitů. Takovými materiálům patří závěr teoretické části.

V praktické části se věnujeme ošetrovatelskému procesu u geriatrické pacientky s hlubokým dekubitem v sakrální oblasti. Ošetrovatelský proces byl vypracován podle 13 ti domén modelu Majory Gordon. Je zde popsána ošetrovatelská anamnéza pacientky, základní údaje o pacientce, lékařský a ošetrovatelský management. Dále jsou podle priorit stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II, vypracování plánu, realizace a hodnocení.

Cílem práce je přiblížit problematiku dekubitů, imobilizačního syndromu, geriatrie a zpracování jednoho z mnoha příkladů ošetrovatelského procesu u geriatrického pacienta s dekubitem.

Text lze využít jako informační zdroj pro všeobecné sestry a studenty nelékařských zdravotnických oborů.



# 1 GERONTOLOGIE

„Gerontologie klinická neboli geriatricie je řádný lékařský obor, který se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí“ (HAŠKOVCOVÁ, 2010, str. 202).

Hovoří se především o nemocných starších určitého věku, tedy nad 75let. V souvislosti se zlepšováním zdravotního stavu seniorů se věková hranice posouvá na 80let. Za nejnižší věk pro začlenění seniora do geriatrického programu považujeme 65let. Především máme na mysli ty seniory, kteří mají závažný pokles potenciálu zdraví (KALVACH, 2008).

Geriatrické ošetřovatelství má původ již v Anglii a je často spojováno s Florence Nightingelovou. Tato významná žena založila v roce 1860 svou vlastní školu ošetřovatelství. Své sestry vzdělávala nejen v moderním ošetřovatelství ale také v terénu, tedy komunitním ošetřovatelství. Své absolventky často posílala do terénu, aby se staraly o chudé a pečovaly o staré nemocné.

Rozvoj geriatricie a geriatrického ošetřovatelství je spjat hlavně se Spojenými státy Americkými. V roce 1940 byly založeny dvě vynikající centra pro geriatrickou péči v USA. V roce 1966 vzniklo díky Americké asociaci sester první Oddělení geriatrického ošetřovatelství (JAROŠOVÁ, 2006).

Pojmem geriatrický pacient bývá charakterizován člověk vyššího věku s hrozícími či přítomnými funkčními omezeními a významnou morbiditou. K označení geriatrického pacienta přispívají také mnohé další faktory, jako jsou například pády v anamnéze, křehkost pacienta, inkontinence, chronická bolest, akutní onemocnění, dekubity, zhoršující se pohyblivost, demence a mnoho dalších (SCHULER, 2010).

Cílem gerontologické péče včetně péče ošetřovatelské je zajistit co nejvíce všestrannou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Sestry poskytují svědomitou péči starým nemocným ať už v jejich vlastních domácnostech nebo na kvalifikovaných pracovištích jako jsou například ambulance, lůžková oddělení geriatrických klinik nebo v agenturách domácí péče. Jelikož jsou sestry mnohostranně zaměřeny lze jejich činnosti nazvat obecně jako komplex sesterských rolí. Z hlediska náplně ošetřovatelské péče o seniory lze činnosti sester rozdělit do dvou velkých oblastí:

- **Základní ošetřovatelská péče** je zaměřena na uspokojování základních potřeb seniora. Provádí se zejména v domácím prostředí starého člověka nebo ve specializovaných institucích. Tato péče může být zajišťována

také samotným seniorem nebo jeho rodinnými příslušníky. Odborníci se v posledních letech přiklánějí k názoru, že neodborná laická péče po stránce emocionálních, morálních a sociálních aspektů je nenahraditelná.

- **Odborná ošetrovatelská péče** se týká všech oborů, které zahrnují aktivity sester ošetřujících starého a nemocného člověka. Zde musí být ošetrovatelská péče prováděna s vysokou profesionalitou. Vzhledem k velkému množství chorob a problémů u starých lidí jsou metody práce geriatrických ošetrovatelských týmů odlišné od odborných ošetrovatelských aktivit v jiných klinických oborech (JAROŠOVÁ, 2007).

Stáří by nemělo být spojeno s koncem života, i když končí smrtí. Jde o to, aby člověk naplnil své dny životem, nikoli život naplnil dny. Především je kladen důraz na kvalitu života nemocného, a to na kvalitu až do posledního vydechnutí (SVATOŠOVÁ, 2008).

## **2 GERIATRICKÉ SYNDROMY**

Geriatrické syndromy lze chápat jako klíčový geriatrický koncept. Jsou to priority geriatrické medicíny, které doplňují diagnostikování a léčbu chorob pacienta. Nejprve mezi geriatrické syndromy patřilo pravidlo tzv. pěti „i“ což znamenaly tyto syndromy: imobilita, instabilita, intelektové poruchy, inkontinence a iatrogenní poškození (zejména nežádoucími účinky léků). Později se jejich pojetí rozšířilo o další řadu příznaků, způsobenou jednou společnou příčinou (KALVACH, 2008).

### **SYNDROM INSTABILITY**

Instabilita je již dlouho vnímána jako jedna z priorit geriatrické medicíny. Vzájemně se podmiňuje s hypomobilitou a depresí, s malnutricí a sarkopenií, ale je také součástí terminální geriatrické dezorientace (KALVACH, 2008).

Do syndromu instability patří hlavně závratě a nestabilita a to z různého důvodu (např. poruchy krční páteře, mozkového prokrvení a srdečního rytmu, poklesy krevního tlaku, poruchy hlubokého nervového cití, poruchy zraku, ochrnutí, závažná anémie a mnoho dalších). Hlavním rizikem jsou pády a jimi způsobená poranění, nemožnost vstát po pádu ale také psychosociální důsledky (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Role všeobecných sester zahrnuje především využívání různých kompenzačních pomůcek, jako jsou např. madla, zavedení tísňové signalizace, chodítka, vhodné osvětlení, výběr vhodné obuvi a vysazení rizikových léků (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

### **SYNDROM DEKONDICE A HYPOMOBILITY**

Podstatou tohoto syndromu je omezování pohybové aktivity s posedáváním, poleháváním, atrofii svalů dolních končetin a mnoho dalších (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Navíc souvisí hypomobilita a dekonďice i s ostatními geriatrickými syndromy. Významně souvisí s instabilitou, malnutricí i anorexií. Hypomobilitu tedy chápeme jednak jako malý objem pohybových aktivit, malou vzdálenost ušlou za určité časové období, ale také jako omezenou pohyblivost či výdrž chůze (KALVACH, 2008).

Za prevenci i léčbu zároveň považujeme pravidelné aktivní motivování seniora o pohybové aktivitě (KALVACH, 2008).

### **SYNDROM MALNUTRICE A ANOREXIE**

Syndrom malnutrice a anorexie způsobuje zhoršené vstřebávání živin v důsledku snížené produkce žaludečních kyselin. Samozřejmě na tento syndrom mají vliv i chronická onemocnění pacienta, které mají negativní dopad na stav výživy. Senioři také často podléhají tomuto syndromu z důvodu snížené chuti k jídlu nebo mechanických příčin jako jsou poruchy polykání nebo žvýkání (LABTEST, 2015).

Další příčinou může být závažné onemocnění, nežádoucí účinky léků, nevhodná úprava stravy, poruchy chrupu, imobilitou či syndromem demence nebo zanedbávání sama sebe či jinou pečující osobou (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Prevencí tohoto syndromu je důsledné sledování příjmu potravy pacienta popřípadě zajištění nutriční podpory jako je sipping či výživově definované roztoky. Ve vážnějších případech se přistupuje k využití umělé výživy a to buď parenterální nebo enterální (např. nazogastrická sonda, PEG- perkutánní endoskopická gastrostomie) cestou (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

### **SYNDROM INKONTINENCE**

Za inkontinenci se pokládá každý mimovolný únik moče a způsobuje seniorovi společenské a hygienické problémy. Inkontinence je považována za velmi závažnou poruchu ve stáří a je zařazována mezi základní geriatrické syndromy (JAROŠOVÁ, 2006).

K inkontinenci přispívají zevní faktory (špatné osvětlení na toaletě, příliš dlouhá chodba k toaletě), omezená možnost pohybu, komunikační omezení a kognitivní omezení (demence), (SCHULER, 2010).

### **SYNDROM KOGNITIVNÍHO DEFICITU, DEMENCE A PORUCH PAMĚTI**

Demence je jedním z nejzávažnějších problémů seniorů. Je charakterizována jako globální porucha intelektu se současnou poruchou kognitivních funkcí, je progresivní a ireverzibilní. Nedostatečnost se projevuje v paměti, v učení, v denních činnostech, v řešení problémů ale také třeba v komunikaci (JAROŠOVÁ, 2006).

Senior s kognitivní poruchou paměti si často ani neuvědomuje, že něco zapomněl, nepoznal, že ztratil paměť a tak je opakovaně konfrontován s událostmi a okolnostmi, kterých si není vědom (ZGOLA, 2003).

## **SYNDROM TERMINÁLNÍ GERIATRICKÉ DETERIORACE**

Jde o významný pokles zdravotního a funkčního stavu křehkých geriatrických pacientů bez jednoznačné chorobné příčiny spějící ke smrti. Lékař by měl správně diagnostikovat tento syndrom a zvážit možnost vstřícné paliativní péče, v ústavní péči např. k zajištění kontaktu s příbuznými.

K hlavním příznakům patří apatie, objevení či zhoršení inkontinence, nechutenství, únava, hubnutí, v pokročilé fázi imobilita na lůžku někdy se stavy zmatenosti (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

### 3 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Syndrom imobility neboli imobilizační syndrom je soubor negativních důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohybové aktivity, převedším v důsledku upoutání na lůžko. Je to klasický geriatrický syndrom. Často se projevuje dekompenzací zdravotního stavu či terminální fází geriatrické křehkosti. Velmi úzce souvisí s dalšími geriatrickými syndromy, jako jsou malnutrice, porucha instability a hypomobility, pády, dehydratace, delirantní stavy, dekubity aj. (KALVACH, 2008).

Imobilizační syndrom je závažný stav vznikající jako důsledek omezení pohybu zpravidla dlouhodobým pobytem na lůžku. Vede k poklesu funkčních schopností člověka a zhoršuje kvalitu života. Imobilizační syndrom je negativně ovlivňován smyslovými poruchami, chorobami pohybového aparátu, neurologickými poruchami, kardiopulmonálními chorobami, vedlejšími účinky léků i depresemi. Gerontologičtí pacienti jsou ohroženi úbytkem svalové a kostní hmoty ale jsou také náchylnější ke vzniku dekubitů. Tento syndrom může také způsobit mnohé komplikace jako je retence moči, embólie, trombózy, zácpy nebo psychické změny (JAROŠOVÁ, 2006).

Mezi hlavní projevy imobilizačního syndromu řadíme především dekubity (proleženiny), flekční kontraktury, hypoventilace se zahleněním a pneumonií, tromboembolickou nemoc, svalovou atrofii, poruchy ortostatických regulací (ortostatická hypotenze s pádem po postavení), dekondice, poruchy mikce (inkontinence a retence). Dále zde patří ještě porucha stereotypu chůze, obstipace, dehydratace, deprese a senzorická deprivace (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Některé projevy syndromu imobility se projeví již během 24 hodin, jiné se rozvinou během několika dní až týdnů. Úkolem zdravotníků je vést seniora ke zvládnání běžných denních činností, aby se předcházelo imobilizačnímu syndromu (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

K hodnocení soběstačnosti pacienta nám slouží mnoho škál. Nejpoužívanější je Barthelové test základních všedních činností. Také je nazýván jako Barthelové index osobní nezávislosti - mezinárodní značkou BI. V současné době slouží test jako hodnocení funkční zdatnosti pacienta ve smyslu soběstačnosti a samoobsluhy (viz příloha A), (POKORNÁ, 2013).

### **3.1. Komplikace syndromu imobility**

#### **Tromboembolická nemoc**

Nejobávanější komplikace imobilizačního syndromu. Může vzniknout jako důsledek věku, inaktivity na lůžku i dalších faktorů. Jako prevence je velmi důležitá včasná mobilizace po operacích, opakované postavování a chůze nemocných s interními chorobami, také o aktivní cvičení dolních končetin na lůžku včetně šlapadel. Alternativou je pasivní cvičení opakovaně během dne a použití různých kompresí jako jsou například bandáže dolních končetin. U imobilních geriatrických pacientů bez prevence je 10. den pobytu na lůžku rozvinuta tromboembolická nemoc až v 80% (KALVACH, 2008).

#### **Hyperventilace a respirační infekce**

Při upoutání na lůžko je to velmi obávaná komplikace. Stagnace hlenu je dána spíše přidruženými faktory, zatím co hypoventilace a atelektázy polohou pacienta. V obou případech je závažným rizikem atrofie dýchacích svalů a postupné zhoršující se dýchání a odkašlávání. Důsledkem je následně hypoxemie a vytvoření podmínek pro rozvoj pneumonie. Příznakem je alternace psychického stavu, deliria, apatie či zmatenost a také tachykardie. Prevencí je dostatečné polohování již od začátku imobilizace, dechová rehabilitace, posilování dýchacích svalů, podpora odkašlávání, různé inhalace. Zvláště v geriatrici platí, že pacient potřebuje být dostatečně hydratován, aby mohl pohodlně odkašlávat. Rizikové jsou pacienti s chronickou bronchitidou, kuřáci a pacienti, u nichž imobilizaci předcházela operační výkon a následné zavedení endotracheální trubice s poškozením epitelu (KALVACH, 2008).

#### **Svalová atrofie**

Svalová síla klesá během 4-6 týdnů až o 40%. Svalová atrofie je nejzávažnější u pacientů s nízkou svalovou silou již na začátku imobilizace. Atrofie postihuje nejčastěji posturální svaly a svaly dolních končetin. Naopak svaly paže nemusejí jevit nápadnější změny. Rekondice musí být velmi opatrná, jelikož hrozí mikrotraumata. Silový trénink během imobilizace má vliv jen na některé svalstvo (KALVACH, 2008).

## **Flekční kontraktury**

Zaujímaní stereotypní pozice a ubývání spontánní pohybové aktivity vede ke zkracování měkkých tkání v oblasti kloubů. Stejně jako u dekubitů je rizikovým faktorem úbytek pohybové aktivity. Flekční kontraktury mohou vznikat také při dlouhodobém sezení v křesle. Jejich rehabilitace spočívá v extenzi kloubů ať už aktivním nebo pasivním a v protahování svalů (KALVACH, 2008).

## **Dehydratace**

Pitný režim je u imobilizovaných nezbytný. Je zde velmi důležité pobízet nemocného k pití tekutin, zapisovat pečlivě vypité množství tekutin, sledovat příznaky začínající dehydratace a u pacientů s PMK sledovat diurézu. U nespolupracujících pacientů se hydratace zajišťuje enterálně nebo parenterálně. V rámci paliativní péče ale také terminálního stádia nemoci se po dohodě s pacientem nebo příbuznými snižuje hydratace na méně než 1000ml/24 hodin, abychom nezatěžovali organismus pacienta (KALVACH, 2008).

## **Malnutrice**

Častá komplikace imobilizačního syndromu je také malnutrice, zvláště při poruchách vědomí. Kromě alternace psychiky, omezené hybnosti či poruch chrupu nebo polykání, se na vzniku malnutrice podílí také zdravotnický personál, který mnohdy pacientovi nepomůže a odnáší téměř zcela nedotčené porce jídla. Vhodnou pomůckou při malnutrici je zavést vhodný formulář na zapisování každodenního příjmu stravy. Když pacient nepřijímá dostatečné množství stravy, je možno po dohodě s lékařem zavést PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), nasogastrickou sondu či nutriční sondy. Zatím co v paliativní péči dáváme přednost spíše jiným formám podpory (KALVACH, 2008).

## **Poruchy mikce a defekace**

Obstipace se za imobility zhoršuje, zpomaluje se střevní pasáž. Při inkontinenci stolice je u ležícího pacienta důležité vyšetření per rektum, abychom zjistili, zda nedochází k samovolnému obtékání stolice.

U mužů je retence moči velmi častá, zvláště když jsou upoutáni na lůžko. Retence moči může být zdrojem urosepsy i neklidu nemocných s poruchami vědomí. Palpačním ověřováním nepřítomnosti močové retence patří k základním vyšetřovacím metodám u imobilního nemocného (KALVACH, 2008).



### 3. 2. POHYBOVÁ LÉČBA V GERIATRII

Řada institucí pořádá cvičení pro seniory a tak z hlediska prevence involučních změn ve stáří, je tato problematika velmi dobře zpracována. Hlavním cílem těchto různých aktivit je prodloužit seniorům aktivní stáří. Upevňuje to jejich tělesné i duševní zdraví. Naopak inaktivita, nejen že zkracuje život člověka, ale hrozí zde nebezpečí pro ztrátu soběstačnosti.

Fyzioterapeut pracuje zcela specificky s poruchami pohybového systému i s psychickými poruchami. V geriatrické pohybové léčbě se fyzioterapeut zaměřuje na prevenci, kompenzaci či minimalizaci fyziologických změn, které vznikají postupně procesem stárnutí nebo přímo na terapii akutních stavů nebo zhoršení.

Jednou z metod pro geriatrické pacienty je tzv. Feldenkreisova metoda, při níž si senior prostřednictvím cílených cvičení pohyby uvědomuje a po-té může i lépe provádět korekci svého pohybu. Cvičení zlepšuje koordinaci pohybů, zlepšuje smyslové schopnosti, ovlivňuje svalové napětí nebo zlepšuje poznávání a cítění. Všeobecné sestry jsou také kompetentní k tomu, aby prováděly aktivizaci s pacienty. Jde především o týmovou práci zdravotnického personálu (DIAGNÓZA V OŠETŘOVATELSTVÍ, 2005).

## 4 DEKUBITY

„Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo. Na vzniku dekubitu se dále podílí tření a střížné síly (posouvání pacienta po podložce, dochází k hrnutí kůže a jejích jednotlivých vrstev proti podložce a k porušení mikrocirkulace)“ (PEJZNOCHOVÁ, 2010, str. 23).

Je to oblast lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených tkání způsobené tlakem, třením, stříhovým namáháním nebo kombinací všech těchto faktorů. Dále můžeme dekubitus charakterizovat jako jakékoliv poškození kůže nebo tkání kůže, způsobené přímým tlakem nebo třecími silami. Poškození může být v rozsahu od trvalého erytému až po nekrotickou ulceraci postihující svaly, šlach a kosti (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

### 4.1. Mechanismus vzniku

Když překročí intenzita tlaku hodnotu normálního tlaku krevního v kapilárách tj. 4,27 kPa (32 mmHg), zastaví se krevní oběh, a to buď formou totální ischemie, nebo formou kapilární stázy či kombinací obou. Důsledek je poškození až odumrtí tkání ležících mezi kostními výčnělky a podložkou. Vznik dekubitu závisí na intenzitě tlaku té dané hmotnosti pacienta a soustřeďuje se na kostní výčnělky, tedy na tlakové body. Proto dekubity nacházíme nad tvrdým kostním podkladem (REIBELOVÁ, 2000).

Faktory, které ovlivňují vznik dekubitů, jsou rozděleny na zevní a vnitřní.

#### Zevní faktory

**Intenzita tlaku:** Dekubity vznikají po krátkém působení vysokých kontaktních tlaků nebo po delší době působení nízkého kontaktního tlaku. Jakékoli vnější tlaky převyšující hranici 32 mmHg, způsobí kapilární poruchy. Lokalizovaný tlak přímo nepoškozuje živé tkáně, je to komprese kapilár, která zabraňuje, aby se kyslík dostal do tkání. V místě tlaku vzniká metabolický rozvrat a důsledkem toho dochází k odumření tkáně, následně anoxie a buněčný rozvrat. Po-té co zmizí tlak, oblast vykazuje červenou skvrnu z důvodu obnovení kapilární dilatace po dodání kyslíku tkání a odstranění zplodin.

**Mechanické vlivy:** Zde patří střížné síly a tření. Stříhové namáhání je výsledkem působení gravitace, která táhne tělo dolů a to hlavně na nakloněných površích a v případech, kdy mezi kůží a povrchem vzniká tření. Když je pacient popotahován na posteli nebo není dostatečně zvednut při polohování nad matraci, vznikají dekubity právě tímto vlivem. Třením o podložku dochází k poškození

povrchové vrstvy a tak klesá její obranyschopnost. Pokud je u tření přítomna vlhkost a teplo, např. u inkontinentních pacientů, je tření zvýšeno.

**Chemické vlivy:** Pot, moč a stolice narušují povrchové vrstvy kůže a vyvíjí se macerace (změkčení, rozklad povrchových vrstev kůže). Porušená kůže je méně odolná vůči infekcím (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

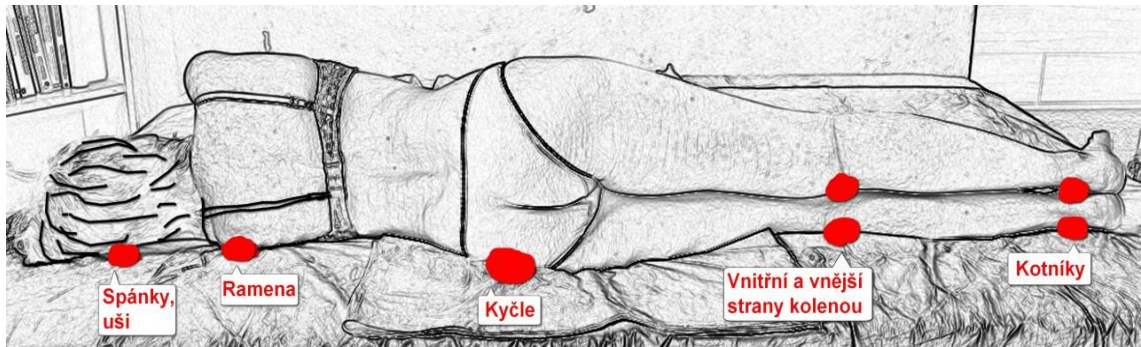
### **Vnitřní faktory**

**Pohlaví a věk:** Ženy jsou náchylnější ke vzniku dekubitů, jelikož mají větší tukové vrstvy. Věk hraje u dekubitů velkou roli. Starší lidé mají elasticitu a pevnost kůže v tahu sníženou a proto je kůže snáze zranitelná. U geriatrických pacientů je důležité pamatovat si všechna chronická onemocnění provázená oběhovým selháním (bronchopneumonie, urosepse nebo chronická bronchitida), (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008). „U seniorů je 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20-40 let. Některé studie uvádějí, že nejvíce jsou ohroženi pacienti ve věkovém pásmu 71-90 let“ (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008, str. 14).

**Tělesná hmotnost:** U vyhublých pacientů je riziko vzniku dekubitů menší jelikož mají malé vrstvy tuku, které chrání svaly před účinkem tlaku. Naopak obézní lidé jsou těžko polohovatelní, proto jsou rizikovější.

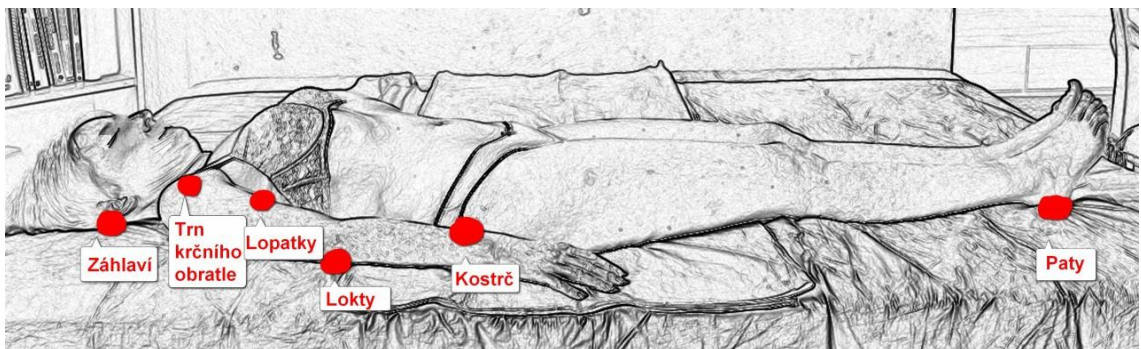
**Výživa a hydratace:** Pacient nemusí vždy vypadat vyhuble nebo nezdravě, mnohdy působí dojem člověka dobře živeného či s nadváhou. Problém je ve výživovém deficitu, kdy nemocný nemá dostatek bílkovin ve stravě. Nejkritičtějšími faktory jsou hypoproteinemie, nedostatek vitamínu C a nedostatek zinku. U malnutrice a některých metabolických chorob je regenerační schopnost kůže snížena a tím se zpomalují hojivé procesy. Když je pacient dehydratován, dochází ke snížení kožního napětí a ke tvorbě kožních řas. Naopak při hyperhydrataci dochází ke zvýšení kožního napětí, poruše integrity kůže a k otokům.

Dekubity mohou vzniknout na kterémkoliv místě našeho těla. Nejčastější výskyt dekubitů je však na místech kostních výčnělků, obzvláště na kosti křížové, kosti sedací, velkých trochanterů, hlavičky fibuly, laterálního a mediálního kotníku. Pacienti trpící chronickými chorobami jsou rizikovější. Dále pak nejvíce rizikovou skupinou jsou právě staří lidé, protože až 71 % pacientů s dekubity je starších 70 let. V nemocnicích vznikají dekubity u 3-12 % hospitalizovaných. U plegiků je výskyt vyšší, něco kolem 20-25 %. Náchylnější na dekubity jsou ženy, jelikož mají větší tukovou tkáň, která je náchylnější na poškození tlakem vzhledem ke svému malému prokrvení (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).



Zdroj: MIKUSOVÁ, [online], rok neuveden

Obrázek 1 Nejčastější místa vzniku dekubitů v poloze na boku



Zdroj: MIKUSOVÁ, [online], rok neuveden

Obrázek 2 Nejčastější místa vzniku dekubitů v poloze na zádech

## 4.2. Klasifikace dekubitů

Klasifikace dekubitů se dle jednotlivých odborných zdrojů liší. Dekubity jsou tak řazeny do tří, čtyř až pěti stupňů. Dle České společnosti pro léčbu ran se užívá klasifikace Evropského poradního sboru pro otázky proleženin, který doporučil na kongresu v Tampere v roce 2003 jen čtyřstupňové rozdělení:

1. **stupeň-** erytém- kontinuita kůže není porušena. Jeden z prvních příznaků je bolestivost v místě vzniku dekubitu, ta je záhy doprovázena ohraničeným zarudnutím v postižené oblasti. Při zatlačení na postižené místo zarudnutí přechodně vybledne. Dochází k lehkému otoku (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Tyto změny jsou reverzibilní, ale mohou zůstat i trvalé změny na podkoží. Toto stádium dekubitů je velmi zrádné, jelikož na povrchu kůže je patrný jen otok a

zarudnutí. U lidí tmavé pleti s výraznou pigmentací je jen těžko rozpoznatelný (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

- 2. stupeň-** charakteristické jsou puchýře naplněné čirou tekutinou, které se zvětšují a praskají. Je zde přítomen zánět kůže. Jedná se o poškození epidermis a dermis (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Primárně dochází k poškození podkoží i s částí cév vyživujících kůži, tím pádem můžeme očekávat její odumírání. Může dojít i ke spontánnímu zhojení ale rekonvalescence bude velmi zdlouhavá vzhledem k porušenému podkoží s cévami (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

- 3. stupeň-** často k němu dochází ještě současně s puchýři. Spodina rány tmavne. Následně zčervená a začíná se rozvíjet nekróza. Postupně puchýře praskají a defekt začíná kráterovitě zasahovat do hloubky. Sekrece je serózní, pokud se ovšem do defektu nepřidá infekce. Defekt postihuje epidermis, dermis a subcutis (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Když se dekubit 3. stupně zhojí, vznikne tenká jizva přilehlá na kost, která se i při malém tlaku opět rozpadá a vzniká tak chronický vřed. Vlivem dlouhodobého intenzivního tlaku se ztenčí podkožní vrstva a způsobí naléhání kůže přímo na kostním prominentovi nebo na burzu. V burze se začne tvořit výpotek. Vlivem infekce dojde ke komunikaci burzy navenek malým otvorem. Občas se otvor uzavírá a dochází k hromadění hnisu. Nakonec přijde infekce a vzniká chronický dekubit neboli ostitida kostních podkladů (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

- 4. stupeň-** proleženina se prohlubuje a rozšiřuje. Je postižena fascie pod podkožím a svalstvo. Defekt může sahát až na kost, kterou postupně obnažuje (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Tento stupeň je doprovázen mimo ostitid kostního podkladu i artritidami sousedních kloubů. Vyskytují se i komunikace s dutinou břišní, rektum a močových měchýřem. Dekubity 4. stupně nelze spontánně zhojit a proto lékaři přistupují vždy k operačnímu řešení (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

### 4.3. Hodnocení vzniku dekubitů

Pro posouzení rizika vzniku dekubitů se používá celá škála hodnotících systémů. Záleží na konkrétním pracovišti a oddělení, ke kterému způsobu hodnocení se přiklání. Čím je škála obsáhlejší, tím je přesnější zařazení pacienta do rizikové skupiny. Nejčastějším, a zároveň - nejjednodušším, hodnocením rizika vzniku dekubitů je systém dle Nortonové. (viz příloha B)

Podle hodnotícího systému dle Nortonové, může sestra velmi snadno určit pravděpodobnost výskytu tlakové léze. Hodnotí se celkové posouzení fyzického stavu pacienta, vědomí, aktivita, pohyblivost a inkontinence. Dle počtu bodů, se pacient zařadí do škály. Méně než 16 bodů v této škále, znamená riziko vzniku dekubitu.

U rizikových pacientů zajišťují škály včasné preventivní opatření, ale ať už je použijeme jakkoliv, důležité je věnovat se maximální ošetrovatelské péči. Zkušený zdravotník by měl rizikového pacienta poznat i bez hodnotících škál (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008)

Mezi další hodnotící nástroje řadíme např. Waterlowu škálu a škálu Bradenové. Bradenové škála je rozšířenější. Má vyšší specifitu a je sofistikovanější. Sestry v ní hodnotí smyslové vnímání, aktivitu, nutriční, kožní vlhkost, tření a přepínání cév (KALVACH, 2008).

#### **4.4. Nutriční opatření**

Pokud lékař nedoporučí jiné množství, měl by pacient s dekubitem vypít denně 30-35 ml tekutiny na 1 kg své váhy. Pacient vážící 60 kg by měl za den přijmout 1,8 až 2,1 litrů tekutin. U pacientů s teplotou nebo dekubitem, ze kterého vytéká velké množství tekutiny, jsou nároky na hydrataci vyšší. Stejně jako tekutiny, potřebuje pacient i dostatek energie, bílkovin a výživy. Proto by měl mít pacient s dekubitem pestrou a bohatou stravu na vitamíny a minerály s převážně antioxidačním účinkem, který napomáhá k dobrému hojení ran.

Pro zajištění řádného fungování obranných mechanismů a pro tvorbu nové tkáně je také důležitá energie. Pokud pacient přijímá málo energie ve stravě, postupně ubývá zejména tuková tkáň a organizmus začíná čerpat zásoby bílkovin, zejména ze svalové tkáně. Dochází tak k úbytku kosterních svalů a pacient se nedokáže dostatečně pohybovat. Ztráta kosterní svaloviny způsobuje ještě větší obnažení kosterních výčnělků a zvyšuje tak riziko vzniku dekubitů.

Pro tvorbu nové tkáně i buněk jsou stavebními kameny bílkoviny. Zajišťují ochranu poškozeného místa před infekcemi. Pacient by měl přijmout do těla zhruba tolik gramů bílkovin za den, kolik sám váží. To znamená, 1g bílkovin na 1kg své váhy. Pokud má pacient dekubit, je doporučeno zvýšit příjem bílkovin na dalších 20- 40g, tedy na 1,3-1,5 g na 1 kg tělesné hmotnosti. Bílkoviny lze získat z mléka, jogurtů, sýrů, tvarohů, pudinků, vajec ale také z tekuté klinické výživy.

Tekutá klinická výživa je vhodná pro pacienty, kteří mají obtíže s přijímáním dostatečného množství stravy. Je to doplněk stravy, nikoli náhrada za stravu. Má-li pacient dekubit nebo je v riziku vzniku dekubitu, je vhodné mu stravu doplnit nutričními přípravky.

Pro pacienty s rizikem vzniku dekubitu je vhodný přípravek Nutridrink (obr. 3) s vysokým obsahem bílkovin a energie. Jedna lahvička dodá pacientovi 20 g bílkovin a potřebnou energii, kterou by získal konzumací ½ porce plnohodnotného jídla tj. asi 300 kcal. Tento přípravek pouze doplňuje chybějící výživné látky, nikoli nahrazuje plnohodnotnou stravu.

Pokud má pacient již vytvořený dekubit, je vhodné mu podávat přípravek Cubitan (obr. 4), který je určen na podporu hojení ran. Obsahuje velké množství bílkovin, vitamínů, stopových prvků a je obohacen o aminokyselinu argin, která napomáhá ke kvalitnímu hojení dekubitu (JANÁKOVÁ, NUTRICIA, 2013).



Zdroj: nutridrink.cz, rok neuveden

Obrázek 3 NUTRIDRINK



Zdroj: nutridrink.cz, rok neuveden

Obrázek 4 CUBITAN

## 5 PREVENCE DEKUBITŮ

Díky tomu, že již známe příčinné faktory vzniku dekubitů, můžeme jim i předcházet. Je několik zásad, které by zkušený zdravotnický pracovník měl dodržovat.

### • POLOHOVÁNÍ

Jde o základní a nejučinnější prostředek, jak předejít vzniku dekubitu u pacienta. Zajistit působení tlaku tak, aby tlak v dané situaci nepřekročil prahovou hodnotu. Když sestry pravidelně pacienta polohují, blokuje se nadměrné působení tlaku na tlakové body. Intervaly mezi jednotlivými polohami nemocného jsou neměnné a měly by kolísat mezi ½ až 4 hodinami. Jakmile si zdravotnický pracovník všimne počínajícího dekubitu nebo dalšího dekubitu, je nutné interval mezi změnami polohy zkrátit (RIEBELOVÁ, 2000).

U pacientů imobilních by měly být intervaly polohování cca 1-2 hodiny. Pacienti, kteří jsou sedící na vozíku nebo na židli, jsou intervaly ještě kratší, jelikož tlak na určité části těla je mnohem větší při sezení než u ležících pacientů. Sedací polštář, polohovací lůžko či kvalitní matrace může interval polohování zřetelně prodloužit (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Mezi nejzákladnější pomůcky patří antidekubitní matrace, které patří mezi nejučinnější řešení, jak bojovat proti dekubitům a zároveň odlehčuje ošetřujícímu personálu, který nemusí pacienty tak často polohovat. Mnohé nemocniční zařízení považují tyto matrace za finančně nákladné, ale léčba vzniklých dekubitů je po-té mnohem nákladnější. Typ matrace se volí dle diagnózy, aktuálního rizika vzniku dekubitu a akutního stavu pacienta. (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

### • HYGIENA

Hygiena je velmi důležitá hlavně tam, kde už je dekubit vytvořen nebo dochází k inkontinenci. Je to soubor opatření, který minimalizuje nepříznivé chemické a infekční vlivy zevního prostředí. Sestry se snaží zabránit nebo omezit nepříznivým vlivům stolice, moči, potu, vaginálního sekretu a infekce na kůži v pánevní oblasti. V praxi to znamená důkladné udržování čistoty, zejména výměna ložního a osobního prádla, výměna plen, koupele, sprchování a omývání. Tato činnost je důležitá především u pacientů s dekubitem, ze kterého vytéká velké množství hnisu nebo u inkontinentních pacientů. Zdravotnický personál musí dávat pozor na jakékoli neprodyšné podložky, pleny a kalhotky jelikož kryté oblasti se zapařují a macerují, čímž se narušuje integrita



kůže. Dekubity se pak vyvíjejí neobyčejně prudce. Při koupeli bychom měli používat tekutá mýdla nebo jemné mycí gely, abychom kůži nepoškodili. Následným dobrým osušením chráníme kůži před vlhkostí.

Je nutné provádět i víckrát denně jemné masáže kafrovými nebo regeneračními krémy. Pokožka by se měla udržovat vláčná. Není vhodné vysušovat ji třením, protože mohou vznikat mikrotraumata a oděrky. Nikdy v žádném případě nemasírujeme již vzniklý dekubit. Napomáháme tak šířit infekci do tkání v okolí. Také se obecně nikdy nemasírují části těla se slabou tukovou a svalovou vrstvou poněvadž hrozí nebezpečí poškození hlubokých tkání.

Nejvhodnějšími materiály pro prevenci dekubitů jsou látky vodonepropustné a zároveň paroprodyšné.

K zabránění šíření infekce je velmi důležité předcházet vzdálenějším ložiskům infekce zejména pak bakteriálnímu zánětu plic nebo akutnímu zánětu pánvičky ledvinné. Krevním řečištěm se bakterie dostávají do postižených míst a vyvolávají nebezpečné hnisavé záněty, které pak vytvářejí rozsáhlé dekubity.

Alespoň jedenkrát denně kontrolujeme stav pokožky a to zvláště zarudlá a predilekční místa. Ať už to kontroluje sestra, ošetřovatel nebo sám pacient, je nutné každé začervenání hlásit a ošetřit ochranným krémem (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008), (REIBELOVÁ, 2000).

- **NORMALIZACE CELKOVÉHO STAVU**

Zde velkou úlohu hraje lékař a nutriční terapeut. Nelepší-li se celkový stav nemocného a to především výživa, ostatní preventivní opatření budou málo účinná a dekubity se nebudou hojit. Z laboratorních výsledků a dalších vyšetření lékař určí příslušnou terapii. Zabývá se hlavně rovnováhou vnitřního prostředí, krevním oběhem, zdolávání infekce, okysličováním a zlepšováním celkového zdravotního stavu. Stává se, že někdy ke zlepšení stačí bohatá strava na bílkoviny a vitamíny (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008), (REIBELOVÁ, 2000).

- **BLOKOVÁNÍ ZEVNÍCH NEPŘÍZNIVÝCH VLIVŮ**

Základem je suché a dokonale upravené lůžko s antidekubitní matrací, napnutým prostěradlem bez záhybů a nerovností. Shnuté prostěradlo, podložka nebo nesprávně uložená plena, to vše může být příčinou atypicky uloženého dekubitu. K výborným pomocníkům pro usnadnění práci sestrám patří také různé molitany, podložky, chrániče tlakových bodů jako jsou kotníky, paty, kolena, lokty a mnoho dalších míst. Uplatní se zde tvořivá fantazie sester, které se mohou snadno a hlavně levně vypořádat

s atypickými potřebami jednotlivých pacientů. Každý pacient potřebuje pro své pohodlí jinou antidekubitní pomůcku.

Ošetřující personál by měl také předcházet poraněním pacienta při jeho denních aktivitách nebo při manipulaci s ním. Často dochází k oděrkám a rankám při přesunutí na WC, vozík nebo jinou postel. Jakákoliv oděrka přispívá ke snadnějšímu vzniku dekubitu. Do této kategorie patří i dekubity v sakrální krajině od dlouho ponechané podložní mísy. Aby se tomu zabránilo, je potřeba vybavenost oddělení nebo více personálu. Používají se různé hydraulické zvedáky, sedátka, jednoduchá madla, poutka nebo transportní podložky (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008), (RIEBELOVÁ, 2000).

## 6 LÉČBA DEKUBITŮ

V léčbě dekubitů je velmi důležitá nejen spolupráce pacienta ale i týmová spolupráce. Do týmu je třeba zařadit lékaře, všeobecnou sestru, ošetrovatele, nutriční terapeutku, rehabilitační pracovníky a rodinu. Léčba musí být komplexní a zahrnující celkovou systémovou léčbu. Musíme zde zařadit i pravidelné polohování, hygienu, fyzioterapii a péči o psychickou pohodu pacienta. Pokud nestačí běžná léčba (pravidelné převazy, výměna materiálů), je zapotřebí po rozhodnutí ošetřujícího lékaře zvolit chirurgickou léčbu nebo podpůrnou (hyperbarická oxygenoterapie, ultrazvuk, laser [leizr]). (KOVAČOVIČOVÁ, aj., 2008)

Postup léčby dekubitu je následující. Nejdříve bychom měli provést zhodnocení proleženiny, posouzení komplikací, zmírnění tlaku včetně použití pomůcek, vlastní ošetření dekubitu (oplachy, krycí materiály), kontrola infekce rány (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Tlakové léze mají své specifické vlastnosti, a proto se požadavky na terapii musí přizpůsobit jednotlivým stupňům dekubitu (REIBELOVÁ, 2000).

- **Dekubitus 1. stupně**

Terapie spočívá v odstranění tlaku na postižené místo. I krátkodobé odstranění tlaku může vést k úplné regeneraci postižené tkáně. Velký vliv má zde polohování. Každé další zatížení postižené části vede k opětovnému poškození tkáně. Ošetřující personál by měl kůži pacienta pravidelně promašťovat a nanášet na ní ochranné krémy. Je vhodné omývat postižené místo fyziologickým roztokem s mírnými desinfekčními přísadami.

- **Dekubitus 2. stupně**

Následek tlakového poškození tukové vrstvy a cév vyživujících kůži je hojení těchto dekubitů velmi pomalým procesem. Sestra by měla zbavit postiženou oblast zátěže a uložit pacienta na antidekubitní matraci. Puchýře se musí pečlivě odstranit a obnažená rána se musí pečlivě chránit před infekcí. Ránu bychom měli vysušovat, aby se vytvořila suchá krusta, která za příznivých podmínek hojení postupně zmenšuje svůj tvar a tím i ránu. Zmenšuje se tak dlouho až úplně odpadne a zůstane po ní jen růžová zhojená pokožka. Na tuto ránu jsou velmi vhodné transparentní polyuretanové krycí obvazy, které jsou průhledné a mohou zůstat na dekubitu i několik dní. Ošetřující personál tak může sledovat, jak se rána hojí. Chrání kůži před macerací a infekcí, je propustný pro vodní páry a kyslík a zároveň nepropouští tekutiny a bakterie.

Pokud se i přes snahu ošetřujícího personálu dostane do rány infekce nebo je stále zatížena, rychle znektorizuje a vzniká dekubit 3. někdy i 4. stupně.

- **Dekubitus 3. stupně**

Nejdůležitější zásadou v léčbě 3. stupně dekubitu je zbavit postiženou oblast tlaku na co nejnižší možnou míru. Opět se zde objevuje již známé polohování a uložení pacienta na antidekubitní matraci. Sestry využívají i různé molitany a antidekubitní pomůcky pro usnadnění práce i pro lepší pohodlí pacienta.

Dekubitus 3. stupně můžeme rozdělit na 3 typy: rána krytá nektrózou, rána s granulační tkání a stenozující chronický dekubit.

#### **Rána krytá nektrózou**

Pro kvalitní hojení rány se musí odstranit mrtvá tkáň v defektu. Pod svrchní vrstvou se vlivem infekce hromadí sekret. Nyní veškeré sušení dekubitu a udržování nektrózy ohrožuje pacienta celkovou infekcí. Lékaři zde často váhají, zda radikálně nektrózu odstranit, jelikož je obtížné rozeznat úplnou odúmrt' tkáň. Dochází až k závažné sepsi a prohloubení dekubitu. V tom spočívá záludnost na hranici mezi 2. a 3. stupněm dekubitu, jelikož dochází ke zbytečnému odkládání operativního zákroku a tím poškození pacienta. Tento problém nebyl zatím vyřešen nikde na světě a tak náklady na doléčení takovýchto dekubitů stále stoupají.

#### **Rána s granulační tkání**

Pokud není možná chirurgická léčba (zákrok), hlavním cílem se pro ošetřující personál stává rychlé vyčistění rány a podpora epitelizace. Konzervativní terapie by měla splňovat dva základní požadavky a to tlumení infekce a nepoškozovat tvorbu granulace a epitelizace v ráně.

#### **Stenozující chronický dekubitus**

Vyskytuje se zejména u ochrnutých pacientů a přináší jednu z nejkrutějších a trvale se vyskytujících komplikací. Objevuje se u ischiálních a trochanterických dekubitu. Výjimečně u sakrálních. Jsou to vakovité rány, které mají tendenci se zužovat až úplně uzavírat, takže dochází k retenci hnisu až k opakovaným septickým stavům. Rána se nesmí uzavřít úplně, pokud není zlikvidována dutina vředu. Zúží-li se vstupní otvor natolik, že ve vaku zůstává hnis, musí se vstup otevřít chirurgicky. Tento typ dekubitu je vždy indikován k radikální operaci.

- **Dekubitus 4. stupně**

Tento stupeň se řeší pouze operativním zákrokem, kdy je potřeba provést kompletní excizi vředu. Někdy je nutná i osteotomie nebo burzektomie. Nejlepším řešením je provádět uzávěr rány pomocí mobilizace zdravé tkáně. Pokud to není možné, musí se tkáň transplantovat nebo přistoupit k lalokové plastice tkáně. Infekce, hematoma a nekróza laloků jsou nejčastější komplikace operativního řešení. V posledních letech lékaři používají metodu, kdy zdvihnou a přesunou kompletní svalový blok a překryjí vyříznutou ránu. Je zde zachována cévní zásoba a umožňuje lepší výplň rozsáhlých defektů (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008), (REIBELOVÁ, 2000).

## **6.1. PŘÍPRAVA PACIENTA K PŘEVAZU Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY**

Převaz rány slouží k výměně primárního a sekundárního krytí. Chronické rány se hojí sekundárním hojením. Průběh hojení rány může ovlivnit správná technika převazu i použití vhodného krytí rány. Nesmíme zapomenout na základní léčbu onemocnění a dodržování specifických poučení pro jednotlivé typy ran. Díky moderním převazovým materiálům se může interval mezi jednotlivými převazy prodloužit až na 7 dní. Pacient může mít během převazu bolesti. Ty zmírníme buď farmakologickým způsobem (analgetika), nebo minimalizujeme použitím vhodného krytí nebo zvlhčeným krytím před jeho sejmutím z rány.

Vlastní příprava na převaz pacienta závisí na rozsahu předpokládaného výkonu. Lékař je zodpovědný za správné zhodnocení rány a také za strategii léčby. V praxi se také setkáváme s tzv. specialistkami na léčbu hojení ran, které úzce spolupracují jak s lékařem, tak se všeobecnými sestrami.

Přípravu rány na převaz provádí všeobecná sestra, pokud lékař neurčí jinak. Spočívá v opatrném a šetrném odstranění sekundárního a primárního krytí, oplach rány a jejího okolí vhodným roztokem (Debricasan roztok, Prontosan roztok) a odstranění ulpívajících zbytků krytí a povlaku z vrchní vrstvy rány.

Samotný převaz v praxi provádíme vždy za aseptických podmínek. Provádíme jej pomocí techniky „no-touch“. Je to technika, zamezující kontaktu s ránou přímo rukama. Proto používáme různé ochranné pomůcky (rukavice).

Primární krytí se aplikuje na rány, jsou to sterilní materiály dodávané přímo od výrobce ve vysterilizovaných obalech. Sekundární krytí je savá vrstva propustná pro vzduch a exudát. Pohlcují nadbytek sekretu z rány a prosakování do obinadla (STRYJA, 2011).

## 6.2. KRYCÍ MATERIÁLY PRO LÉČBU DEKUBITU

- **HYDROKOLOIDY**

Dvouvrstvé krycí materiály složené ze zevní pěnové vrstvy se nazývají hydrokoloidní krytí. Pro vodu jsou nepropustné. Ze sekrecí z rány hydroaktivní část obvazu reaguje a vytváří gelovou hmotu. Indikací k tomuto materiálu bývají granulující až mírně sererující rány bez příznaků infekce. Používají se na povrchové defekty, dekubity a bércové vředy. Ránu převazujeme 3-7 den, obvaz by měl přesahovat ránu asi o 2cm. Hojení probíhá za nepřítomnosti kyslíku.

Obvazové materiály: hydrocolloid comprese bandage, Granuflex, Suprasorb H, Hydrocoll, aj.

- **ABSORBČNÍ OBVAZY S AKTIVNÍM UHLÍM**

Tyto obvazy mají vysokou sací schopnost exudátu i bakterií. Jsou velmi účinné a mají schopnost redukovat zápach. Používají se na dekubity, bércové vředy, mírně až středně secerující rány, defekty s příznakem infekce. Vždy sestra používá sekundární krytí a je vhodná kombinace s hydrogely. Je nutné ponechat část s aktivním uhlím v obalu a krytí měníme dle prosáknutí rány.

Obvazové materiály: Actisorb plus se stříbrem, CarboFlex, aj.

- **HYDROGELY**

Kompaktní či amorfni gel, který je čirý nebo obsahuje specifické aktivní látky. Používá se k odloučení suchých nekrotických nebo na povleklé či granulující rány s mírnou sekrecí. Na gel sestru nesmí použít mulové krytí, jelikož hrozí přilepení krytí přímo na ránu. Kombinace je možná s Inadinem či Aktisorbem plus.

Název materiálu: Nu-gel, Hydrosorb, Normgel

- **ALGINÁTY**

Jsou vyrobeny z mořských řas, jde o kombinaci natria alginát a kalcium alginát. Je indikován u středně až silně secerující rány bez příznaku infekce. Nejvíce však u dekubitu, píštěle, abscesů a bércových vředů. Alginát se vlivem sekrece rozpouští na kašovitou hmotu a postupně z něj vzniká gel. Převasy se proto provádějí v rozmezí 2-5 dnů. Nesmí se používat u ran s malou sekrecí a u infikovaných ran. Bez sekrece se totiž alginát přilepí k ráně.

Obvazové materiály: Sorbalgon, Suprasorb A, Kaltost, aj.

- **ANTISEPTICKÉ OBVAZY**

Obvaz impregnovaný masťovým základem nebo napuštěný antiseptickou složkou např. jódem nebo Chlorhexitidem. Používá se k prevenci či léčbě infekce u mírně secerujících ran. Také při léčbě popálenin, k drénování ran, k léčbě akutní i chronické rány, u vlhké gangrény. Je možno jej kombinovat s hydrogely k odstranění suchých nekrot.

Obvazové materiály: Inadine, Grassolind, Bactigras, Adaptic, Atrauman

Mezi tyto materiály řadíme i antiseptické krytí se stříbrem. Stříbro je účinné proti antibiotikům a má bakteriocidní efekt.

Obvazové materiály: Aquacel Ag, Actisorb plus, Askina Calgitrol Ag, aj.

- **HYDROPOLYMERY**

Polymery s hydrofilním účinkem, podobné hydrokoloidům. Jsou to pěnové obvazy, které zajišťují vlhké prostředí. Absorbují přebytečný exudát a mechanicky masíruje spodinu rány. Užívá se k podpoře epitelizace a granulace a na mírně secerující rány bez infekce. Vhodné pro léčbu bércových vředů, dekubitů a při popáleninách. Výměna materiálu se řídí podle sekrece z rány, většinou se ponechává 3-7 dnů.

Obvazové materiály: Tielle, Suprasorb P, Curafoam, aj.

- **FILMOVÉ OBVAZY (TRANSPARENTNÍ FILMY)**

Tenká fólie propustná pro vodní páry a kyslík. Jsou flexibilní, samolepící a tvoří bariéru pro infekci. Mohou se použít jako sekundární krytí, krytí kanyl či k prevenci dekubitů.

Obvazový materiál: Tegaderm, Suprasorb F, Hydrofilm, Mefilm, aj.

- **MĚKKÉ SILIKONY**

Samostatná silikonová vrstva nebo s absorpčním polštářkem. Měkká vrstva Safetac umožňuje dokonalé přilnutí k okrajům rány a zabraňuje tak pronikání exudátu do okolí kůže. Silikon se bezbolestně odejme bez jakéhokoli poškození rány nebo okolí. Může zůstat na ráně i několik dnů. Indikací k použití takového materiálu bývají právě dekubity, bércové vředy, rány s podrážděným okolím, popáleniny, rány s narušenou nebo křehkou kůží.

Obvazové materiály: Mepitel, Mepilex, Mepilex transferm, Mepiform, aj. (KAREN, 2007), (KALVACH, 2008)

## 7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacientky s dekubitem na sacru vlivem imobilizačního syndromu na Geriatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Informace byly získány od pacientky, rodinných příslušníků, z dokumentace, poznáváním, pozorováním a z lékařských zpráv. Na základě poznatků byl zpracován ošetřovatelský proces a stanoveny ošetřovatelské diagnózy. Pacientka byla sledována v době od 2. 9. 2014 do 20. 9. 2014. Ošetřovatelský proces byl vypracován podle vzoru Majory Gordon podle 13- ti koncepčních modelů.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XX	Pohlaví: žena
Datum narození: 1928	Věk: 87 let
Adresa bydliště a telefon: Praha	
Adresa příbuzných: Praha	
Rodné číslo: 280000/0000	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 2. 9. 2014	Typ přijetí: překlad
Oddělení: Geriatrická klinika	Ošetřující lékař: MUDr. XX

### Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Doma jsem často padala na podlahu a teď nedokážu vstát ani z postele. Jsem tady, abych rehabilitovala“.

### Medicínská diagnóza hlavní:

S42220 Zlomenina horního konce pažní kosti; zavřená

### Medicínské diagnózy vedlejší:

W0101 Pád na rovině po uklouznutí  
L893 Dekubitární vřed IV. stupně

### Hodnoty zjišťované při příjmu dne: 2. 9. 2014

Tlak krevní (TK): 120/ 65 mmHg  
Pulz (P): 82/ min  
Dechová frekvence (D): 16/ min  
Tělesná teplota (TT): 36,7°C  
Stav vědomí: bdělý, při vědomí



Řeč, jazyk: český  
Výška: 156cm  
Váha: 54 kg  
BMI: 22,19 – Norma  
Pohyblivost: imobilní  
Orientace místem, časem, osobou: orientována ve všech oblastech  
Krevní skupina: A+

### **Nynější onemocnění:**

Doma upadla, způsobila si fr. LHK, pro bolest nemohla vstát, nalezena za dva dny sousedy ležící, odvezena na I. chirurgii VFN. Pro frakturu humeru s výraznou dislokací provedena dne 1. 8. 2014 repozice.  
Pacientka ležela dva dny doma s rozvojem sakrálního dekubitu (dekubit 4 stupně).

### **Informační zdroje:**

Informace získány od pacientky, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, od rodiny.

## **ANAMNÉZA**

### **Rodinná anamnéza**

Matka: zemřela na zápal plic  
Otec: zemřel stářím  
Sourozenci: Nemá  
Děti: 2, 1syn zdrav, 1 dcera zemřela 59 let karcinom prsu

### **Osobní anamnéza**

Chronická a překotní onemocnění: arteriální hypertenze, inkontinence  
Hospitalizace a operace: nyní pro frakturu humeru  
Úrazy: v mládí fraktura klíční kosti, nyní fraktura humeru sin.  
Transfúze: žádná  
Očkování: absolvovala běžná dětská očkování

### **Léková anamnéza**

Egilok 25 mg tbl. 1- 0- ½  
Ophtalmo Septonex do očí gtt. 1- 1- 1- jedna kapka do obou očí  
Občas si kupovala Wobenzym  
Serotartm gtt. 5 kapek ráno  
Brala něco na osteoporózu, ale nepamatuje si název

### **Alergologická anamnéza**

Léky: neguje  
Potraviny: neguje  
Chemické látky: neguje  
Jiné: pyl, v sezóně bere Zyrtec

### **Abúzy:**

Alkohol: příležitostně  
Kouření: kuřák, 10 cigaret denně  
Káva: 2x denně  
Léky: neguje  
Jiné: neguje  
Jiné návykové látky: neguje

### **Gynekologická anamnéza**

Menarche: asi od 14- ti let  
Cyklus: pravidelný  
Trvání: nepamatuje si  
Intenzita, bolesti: 0  
Poslední menstruace: pacientka si nevzpomíná  
Porody: 2 normální  
Umělé přerušování těhotenství: 0  
Antikoncepce: pacientka žádnou neužívala  
Menopauza: pacientka udává asi před 38 lety, ale nepamatuje si to přesně

### **Sociální anamnéza**

Stav: vdova  
Bytové podmínky: žije sama, byt 2+1 ve druhém poschodí panelového domu, s výtahem, dosud soběstačná  
Vztahy, role a interakce: vztahy v rodině bez problémů, syn navštěvuje matku pravidelně  
Záliby: čtení, v mládí vyšívání a jízda na koni  
Volnočasové aktivity: četba, luštění křížovek

### **Pracovní anamnéza**

Vzdělání: středoškolské s maturitou  
Pracovní zařazení: dříve učitelka na Základní škole  
Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: důchodkyně již 28 let  
Vztahy na pracovišti: pacientka byla velmi oblíbená, vztahy přátelské, ženský kolektiv  
Ekonomické podmínky: vyhovující

### **Spirituální anamnéza**

Religiónózní praktiky: pacientka se každý večer před spaním modlí, ještě když byla soběstačná, chodila do kostela každou neděli

## 8 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ZE DNE 2. 9. 2014

**Hlava-** mezocefalická, pokleповě nebolestivá, bez deformit, bez známek zevního traumatu

**Oči-** bulby ve středním postavení, skléry bílé, zornice izokorické, reagují, spojivky bledé

**Uši, nos-** uši bez patologické sekrece, slyší dobře, nos průchodný bez deformit

**Rty-** souměrné, růžové, bez cirózy

**Dásně, sliznice dutina ústní-** bez známek zánětu, sliznice vlhké, růžové, bez patologií

**Jazyk-** plazí se ve střední čáře, vlhký, nepovleklý

**Tonzily-** nehmatné

**Chrup-** zcela umělý, zubní protéza dolní i horní na pevno

**Krk-** souměrný, krční žíly naplněny, štítná žláza ne zvětšena, uzliny nehmatné, pulzace karotid symetricky hmatná

**Hrudník-** fyziologické konfigurace, hematom na levém rameni, levé polovině zad až d pasu, bez deformit

**Plíce-** dýchací pohyby symetrické, poklep jasný plný, dýchání spontánní, SpO<sub>2</sub> 98% bez O<sub>2</sub>, pravidelná frekvence 16 dechů/ min, bez expektorace, bez poslechových fenoménů, dýchání sklípkové

**Srdce-** srdce pokleповě ne zvětšeno, akce klidná, pravidelná, TK- 120/65 mmHg, P- 82/min

**Břicho-** měkké, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika přiměřená

**Játra-** nepřesahují oblouk žeberní

**Slezina-** nepřesahuje oblouk žeberní

**Genitál-** bez patologických změn, inkontinence moče- zaveden PMK č. 18, průchodný, odvádí čistou moč

**Uzliny-** na pohmat nebolestivé

**Páteř-** pokleповě nebolestivá, ve fyziologickém postavení

**Klouby-** hybnost v kloubech PHK aktivní i pasivní, odpovídá věku, svalová síla na PHK v normě, klouby kolenní atrofické konfigurace, bez změn měkkých tkání v okolí kloubu, hybnost v kloubech odpovídá věku

**Reflexy-** zachovány

**Čítí-** odpovídá věku, zachováno

**Periferní pulzace-** hmatná

**Varixy-** klidné

**Kůže-** suchá, bledá, defekt v sakrální krajině o velikosti 12x8 cm s nekrózou, povrchový defekt na levém bérce o velikosti 10x7 cm, počínající puchýře na obou patách o průměru 2 cm, oděrky na levém lokti 2x2 cm s čistou spodinou, hematom na LHK a levé polovině zad

**Otoky-** DKK bez otoků, otok celé LHK

## 9 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN I NANDA TAXONOMIE II PODOUZENÍ ZE DNE 3. 9. 2014

Tabulka 1 Utrřídění informací dle domén I Nanda Taxonomie II 2011- 2014

<p><b>1. Podpora zdraví</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvědomování si zdraví</li> <li>• Management zdraví</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Cítím se docela dobře. Mládí už je za mnou, tak nemůžu očekávat, že budu pohyblivá jako před 50- ti lety“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka si uvědomuje svůj věk. Je smířená s okolnostmi nemoci. Kouřila 10 cigaret denně, alkohol příležitostně.</p> <p><b>D:</b> Dcera uvádí, že maminka kouřila víc cigaret než 10 za den. V mládí jízda se věnovala jízdě na koni. Dnes pasivní záliby.</p> <p><b>H:</b> Pacientka působí vyrovnaně.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: žádná</b></p>
<p><b>2. Výživa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Příjem potravy</li> <li>• Trávení</li> <li>• Vstřebávání</li> <li>• Metabolizmus</li> <li>• Hydratace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Snažila jsem se doma stravovat zdravě. Žádnou dietu nedrřím. Vypiju 1-2 litrů tekutin za den. Nejradši mám čaj a každé ráno mám hrnek s kávou“.</p> <p><b>O:</b> Dieta 3- racionální. Jídlo jí chutná. BMI 22,19 v normě. Přidán sipping- Cubitan p. o. 1x denně. Není omezena ve stravě kulturními zvyky. Sondu ani PEG nemá. Přijímá stravu per os.</p> <p><b>D:</b> Jedla vše, co si sama uvařila. Upřednostřovala zdravou stravu.</p> <p><b>H:</b> Sní asi polovinu z každé porce. Stravuje se 3x denně dle harmonogramu oddělení. Pacientka se stravuje na lůžku s dopomocí zdravotnických pracovníků. Potřebuje stravu nakrřjet. Mírná dehydratace. Vypije 0,5-1 litr tekutin denně.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: dehydratace</b></p> <p><b>Priorita: nízká</b></p>

<p><b>3. Vylučování a výměna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkce močového systému</li> <li>• Funkce gastrointestinálního systému</li> <li>• Funkce kožního systému</li> <li>• Funkce dýchacího systému</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Hadička na močení mi nevadí, ba je to i lepší, protože se často pomůžuji, a proto jsem vždy nosívala vložky. Na stoličce chodím pravidelně 1x za den ráno. Dýchá se mi dobře. Nikdy jsem problémy s dýcháním neměla. Hodně jsem se při tom pádů poranila, proto mám všude po těle nějaké oděrky“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka má rozsáhlý hematom na LHK, který se táhne na levou polovinu zad. Defekt v sakrální oblasti 12x8 cm, povrchový defekt na levém bérce 10x7 cm, puchýře na obou patách o průměru 2 cm a oděrky na levém lokti 2x2 cm. Dýchání čisté, bez expektorace. Zaveden PMK č. 18, odvádí činou moč, bez příměsí, bez známek infekce. Vymočí 1800ml za den. Ráno stolice hnědá, bez příměsí. Pacientka se vyprazdňuje do podložní mísy nebo do plen pro občasnou inkontinenci stolice.</p> <p><b>D:</b> Pacientka trpí na samovolný únik moči již deset let. Vždy používala vložky. Nikdy žádné defekty na kůži neměla.</p> <p><b>H:</b> Ráno byla pacientka na stoličce. Problémy se zácpou nemá. Moč odchází spontánně do močového sáčku. Dýchání v pořádku.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> rozsáhlý defekt v sakrální oblasti, zavedení PMK 2. den, mikrotraumata na patách, lokti a bérce</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>4. Aktivita – odpočinek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek, odpočinek</li> <li>• Aktivita, cvičení</li> <li>• Rovnováha energie</li> <li>• Kardiovaskulární-pulmonální reakce</li> <li>• Sebepéče</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Spím naprosto skvěle, a když prostě usnu tak mě nic nevzbudí. Ráno sice vstávám docela brzy, ale ve dne nejsem unavená. Dnes už jsem rehabilitovala s fyzioterapeutkou. S péčí o sebe sama už jsem na tom hodně špatně. Ani se pořádně neumyji, natož abych někam chodila“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka celou noc spala klidně. Dneska byla aktivizována v lůžku. Snažila se fyzioterapeutce pomáhat. Sebepéči nezvládá. Dopomoc ošetřovatelského personálu nutná.</p> <p><b>D:</b> Spánek kvalitní a nepřerušovaný. Postarala se o sebe i o rodinu.</p> <p><b>H:</b> Pacientka z velké míry imobilní, snaží se pomáhat při polohování. Polohována co 3 hodiny a to převážně na levý a pravý bok pro odlehčení sakrálnímu dekubitu. Fyzioterapie</p>

	<p>probíhá v rámci lůžka. Převážně dechová rehabilitace a nácvik sebeobslužných dovedností.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> imobilita, nedostatečná sebek péče</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>5. Percepce/kognice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pozornost</li> <li>• Orientace</li> <li>• Kognice</li> <li>• Komunikace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Pozornost mám stále dobrou. Ve škole jsem byla premiantka třídy a tím, že jsem bývala učitelka, vše bedlivě pozoruji a pamatuji si“.</p> <p><b>O:</b> S pacientkou se velmi dobře komunikuje. Je velmi chytrá a zábavná. Udrží dlouhodobě pozornost. Orientována místem, časem i osobou.</p> <p><b>D:</b> Dcera uvádí, že maminka vše doma dirigovala. Vše měla pod dozorem a bylo vždy po jejím.</p> <p><b>H:</b> MMSE (viz. Příloha C) 25 bodů. Pacientka je velmi znalá. Pozornost udrží i mezi spolupacienty. Komunikace je plynulá, odpovídá zřetelně a srozumitelně.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> žádná</p>
<p><b>6. Sebepercepce</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebepojetí</li> <li>• Sebeúcta</li> <li>• Obraz těla</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Necítím se osaměle ani nepocit'uji jakoukoli beznaděj. Věřím v uzdravení“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka působí vyrovnaně. Je usměvavá.</p> <p><b>D:</b> Nelze hodnotit.</p> <p><b>H:</b> Pacientka věří ve své uzdravení, je optimistka.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> žádná</p>
<p><b>7. Vztahy mezi rolemi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Role pečovatelů</li> <li>• Rodinné vztahy</li> <li>• Plnění rolí</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Nikdy jsem neměla velkou rodinu. Neměla jsem žádné sourozence. Manžel se mi zabil v autě, a od té doby mám jen svého syna. Ten má tři děti, které jsou naprosto skvělé. Vztahy v mé rodině byly vždy láskyplné a přátelské“.</p>

	<p><b>O:</b> Za pacientkou by dnes syn i s vnukem. Vztahy mezi nimi jsou v pořádku. Syn donesl mamince květiny, osobní prádlo a nějaké sladkosti.</p> <p><b>D:</b> Syn tvrdí, že maminka byla vždycky hodná, obětavá a že se v rodině měly velmi rádi.</p> <p><b>H:</b> Viz objektivní hodnocení.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: žádná</b></p>
<p><b>8. Sexualita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuální funkce</li> <li>• Reprodukce</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Porodila jsem dvě krásné děti. Ani u jednoho porodu jsem neměla žádné komplikace. Všechno šlo spontánně. Nepotratila jsem ani jednou, za mé generace to totiž nebylo tak časté“.</p> <p><b>O:</b> Nelze hodnotit.</p> <p><b>D:</b> nelze hodnotit.</p> <p><b>H:</b> nelze hodnotit.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: žádná</b></p>
<p><b>9. Zvládání/tolerance zátěže</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatické reakce</li> <li>• Reakce na zvládání zátěže</li> <li>• Neurobehaviorální stres</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Mám strach, že zase upadnu. Víím, že jsou u této postele zábrany, ale i tak se bojím jakékoli manipulace se mnou. Nechci Vám přidělovat starosti, ale to rameno mě opravdu bolí a jednou už jsem upadla. Jsem teď zcela odkázána na Vaši péči“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka se očividně bojí manipulace. Polohování je pro ni velmi zatěžující. Křičí při každém, třeba i mírném pohybu. Pádu se velice bojí. Dnes u ní byla fyzioterapeutka a aktivizovala pacientku v posteli. Pacientka uvádí, že se zde nudí. Stále luští křížovky a čte si.</p> <p><b>D:</b> Soběstačná, starala se o sebe sama. Syn docházel jen na výpomoc.</p> <p><b>H:</b> Pacientka má určitě strach z polohování a pádu. Také se nemůže smířit s tím, že je imobilní.</p>

	<p><b>Ošetrovatelský problém:</b> strach, málo aktivit, bezmocnost</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>10. Životní principy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty</li> <li>• Přesvědčení</li> <li>• Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Chodila jsem vždy každou neděli do kostela. Nevyznávám žádnou určitou víru. Jen věřím, že mě tam nahoře někdo ochraňuje. Moji rodiče mě k tomu nutili k víře v Boha, a v pozdějším věku jsem taky začala věřit. V žebříčku hodnot mám určitě na prvním místě mé zdraví. Bez zdraví bych nemohla utvářet další priority. Hned pod zdravím patří má rodina a zdravý rozum“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka spokojená, vyrovnaná. Duchovní strádání nepocituje. Žebříček hodnot uspořádala okamžitě po položení otázky.</p> <p><b>D:</b> V neděli chodívala do kostela. Doma se modlila před spaním.</p> <p><b>H:</b> Pacientka vyžaduje pastorační péči alespoň 1x týdně. Zajištěno sestrou. Modlí se před spaním.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> žádná</p>
<p><b>11. Bezpečnost – ochrana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infekce</li> <li>• Fyzické poškození</li> <li>• Násilí</li> <li>• Environmentální rizika</li> <li>• Obranné procesy</li> <li>• Termoregulace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „V nemocnicích je tolik těžce nemocných pacientů, že nakazit se můžete velmi snadno. Vždyť to sama znáte, když pracujete v takovémto prostředí. Nikdy jsem neubližovala sobě ani svým blízkým, spíše právě naopak.“.</p> <p><b>O:</b> Všichni zdravotničtí pracovníci používají ochranné pomůcky při ošetřování rány (rukavice, rouška). Obvazové materiály jsou sterilně zabaleny v neporušených obalech. Převaz rány je prováděn za přísně aseptických podmínek. Všechny použité materiály jsou likvidovány jako infekční odpad. Pacientka má papírovou kůži, proto manipulace s ní je velmi obtížná. Každá další otevřená rána je potenciální vstup pro infekci. Podle překladové zprávy se fraktura humeru hojí kvalitně. Další kontrola na traumatologické ambulanci na chirurgii je 3. 10. 2014. Tělesná teplota pacientky je 36,7 °C</p> <p><b>D:</b> Žádné obtíže neuvádí.</p>



	<p><b>H:</b> Viz objektivní hodnocení. Hrozící riziko infekce. Zamezeno aseptickým postupem při převazu rány.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> infekce, riziko pádu při manipulaci, narušena integrita tkáně i kůže</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>12. Komfort</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tělesný komfort</li> <li>• Komfort prostředí</li> <li>• Sociální komfort</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Cítím se tady dobře. Sestřičky jsou moc hodné a ochotné. Postel by mohla být trošku modernější, ale asi na to nejsou peníze. Jen mi vadí ta nafukovací matrace, co na ní ležím. Hlavně mně bolí rameno a zadek. Chtěla bych si lehnout na levý bok, ale má ruka to nedovoluje“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka má mimické projevy bolesti. Je tišena analgetiky. Vypadá spokojeně. Pro zpříjemnění prostředí jí byly poskytnuty knížky. Pacientka je dostatečně poučena sestrou o ovládání postele a signalizačního zařízení.</p> <p><b>D:</b> „Maminka musela mít vždy vše doma uklizené a hlavně sladěné do barev. Občas to u nás doma vypadalo jako v hotelu. Když se totiž pustila do uklízení, tak tomu věnovala celý den“. – uvádí syn.</p> <p><b>H:</b> Pacientce byla poskytnuta ještě jedna přikrývka navíc, na vyžádání.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém: bolest</b></p> <p><b>Priorita: vysoká</b></p>
<p><b>13. Růst/vývoj</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Růst</li> <li>• Vývoj</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Narodila jsem se asi o 14 dní dříve, ale žádné nedostatky to na mě nezanechalo. Byla jsem docela kočka za mlada“.</p> <p><b>O:</b> Pacientka spokojena.</p> <p><b>D:</b> Nelze posoudit.</p> <p><b>H:</b> Pacientka spokojena.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: žádná</b></p>

## 10 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 3. 9. 2014

### Ordinovaná vyšetření:

KO, CRP, QUICK, ionty, glykémie, 3. 10. 2014 - kontrola na traumatologické ambulanci na chirurgii- kontrolní rentgen.

### Výsledky:

KO (krevní obraz)- mírně snížené erytrocyty, jinak vše v normě

CRP (zánětlivé parametry)- mírně zvýšené CRP

QUICK (koagulační vyšetření krve)- v normě

Ionty- v normě

Glykémie- v normě

### Konzervativní léčba:

Dieta: 3- racionální

Výživa: Cubitan p. o. 1x denně odpoledne

Pohybový režim: Klidový na lůžku, antidekubitární matrace, polohování, prevence dekubitů.

Rehabilitace: rozvíčovat LHK do bolesti, dechová rehabilitace

### Medikamentózní léčba:

Egilog 25mg tbl per os 1- 0- 1 antihypertenziva

Novalgin 500mg tbl per os 1- 1- 1 analgetika

Furon 40mg tbl per os 0- ½- 0 diuretika

Seropram gtt per os 5- 0- 0 antidepresiva

Calcium 500mg eff 0- 1- 0 vápník

Vigantol gtt 1x týdně 14 kapek ráno- poslední podání 3. 9. 2014 vitamin

### Chirurgická léčba:

Není naordinována.

## 11 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 3. 9. 2014

Imobilní pacientka ve věku 87 let, byla plánovaně přijata dne 2. 9. 2014 v 10:05 na Geriatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice ve stabilizovaném stavu, jako překlad z I. chirurgie Všeobecné fakultní nemocnice pro zrehabilitování fraktury humeru sin. a zaléčení dekubitu v sakrální oblasti.

Na chirurgickém oddělení byla provedena dne 1. 8. 2014 repozice fraktury humeru sin. po pádu doma.

Nyní je pacientka hospitalizovaná 1. den, je stabilizovaná. Má zaveden 1. den PMK č. 18- odvádí čistou moč, bez příměsí, okolí bez známek infekce. TK- 130/85 mmHg, P- 81/min, D- 18/min, TT- 36,5 °C. Pacientka je klidná, spolupracuje, orientovaná místem, časem i osobou, MMSE- 25 bodů- hraniční nález, možnost demence (viz příloha 3).

Dnes proveden převaz sakrálního dekubitu, bérce, pat a menších oděrek na lokti. Před převazem (30 minut), aplikován Tramal 100 mg, 2 ml s.c. Sakrální dekubit nekrotický, hluboký. Do dekubitu aplikován Alginát, okolí rány Menalind pasta, krytí. Dle ordinace lékaře se převaz bude provádět denně. Na bérec aplikován Grassolind, krytí- převaz co 2 dny. Paty jsou promazány Menalindem a chráněny antidekubitárními botami. Oděrky namazány Menalindem. Na hematom v oblasti levé strany zad nanesen Heparoid ung. 1x denně.

Pacientka má antidekubitární matraci a antidekubitární botičky. Je polohována po 3 hodinách a to hlavně na levý a pravý bok. Spolupracuje a snaží se při polohování pomáhat. Pacientka rehabilituje v lůžku a fyzioterapeutka s ní provádí i dechovou rehabilitaci.

Pacientka má snížený kožní turgor, proto dnes nasazena infuzní terapie- fyziologický roztok 500 ml s.c. 9:00-12:00. Pacientka pobízena k příjmu tekutin, aktivně napájena.

Hodnoceno riziko vzniku dekubitů: 20 bodů- středí, Barthelové test základních denních činností: 15 bodů- vysoce závislý, riziko pádu: 6 bodů- vznik rizika pádu (viz příloha D).

# **12 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT**

**ZE DNE 3. 9. 2014**

## **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

1. Akutní bolest (00132)
2. Narušená integrita tkáně (00044)
3. Snížený objem tekutin v organismu (00027)
4. Narušená integrita kůže (00046)
5. Zhoršené vylučování moči (00016)
6. Inkontinence stolice (00014)
7. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
8. Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)
9. Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)
10. Bezmocnost (00125)
11. Strach (00148)
12. Zhoršený komfort (00214)
13. Deficit sebeděče při koupání (00108)
14. Deficit sebeděče při oblékání (00109)
15. Snaha zlepšit sebeděči (00182)

## **Potencionální ošetřovatelské diagnózy:**

1. Riziko infekce (00004)
2. Riziko pádů (00155)
3. Riziko syndromu nepoužívání (00040)
4. Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174)

## 12.1. Rozpracované ošetrovatelské diagnózy

### 1. Akutní bolest

**Název + kód:** Akutní bolest (00133)

**Doména 12:** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

**Určující znaky:** Expresivní chování (pláč, vzdechy), výraz v obličeji (grimasa), vyhledávání antalgické (úlevové) polohy, bolest

**Související faktory:** Původci zranění (fyzikální)

**Rizikové faktory:** Žádné

**Cíl:**

**Dlouhodobý:** Pacientka se zbaví bolesti do 1 měsíce.

**Krátkodobý:** Pacientka si zmírní bolest do jednoho týdne o dva stupně na škále intenzity bolesti.

**Priorita:** Vysoká

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka spolupracuje při uvádění intenzity bolesti na stupnici škály bolesti (od 1 do 10)
- Pacientka vždy uvádí stupeň bolesti po dobu hospitalizace a to 3x denně
- V případě bolesti, je pacientka poučena o úlevové poloze v době hospitalizace
- Pacientka uvádí bolest menší než 3 do 3 dnů
- Pacientka zná příčiny bolesti do 1 dne
- Pacientka umí lokalizovat bolest do 1 dne
- Pacientka nevykazuje známky vedlejšího účinku analgetik (nauzea, zvracení) do 4 hodin

**Plán intervencí:**

- Proved' důkladné posouzení bolesti včetně stupně, lokalizace, trvání a zhoršujících se faktorů na stupnici bolesti od 0 do 10 ihned – všeobecná sestra
- Pravidelně kontroluj neverbální projevy pacienta (změnu chování, mimiku) po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- Ptej se pacientky minimálně 2x denně nebo dle potřeby na stupeň bolesti – všeobecná sestra

- Řádně zapiš intenzitu a lokalizaci bolesti do ošetrovatelské dokumentace vždy po zjištění – všeobecná sestra
- Podej pacientce analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- Řádně zapiš do dokumentace název analgetika, čas podání a efekt po podání pacientce – všeobecná sestra
- Sleduj účinek podaného léku za 1 hodinu po podání – všeobecná sestra
- Zeptej se pacientky, zda se jí ulevilo po analgetiku a také na stupeň momentální bolesti – všeobecná sestra
- Sleduj nežádoucí účinky léků podaných pacientce po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- Šetrně manipuluj s tělem pacientky při každém polohování – všeobecná sestra, ošetrovatelka
- Pouč pacientku o vhodných úlevových polohách do jednoho dne – všeobecná sestra, fyzioterapeuta
- Zajisti pacientce klid po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- Pečuj o pohodlí pacientky, které je důležitou součástí nefarmakologické léčby po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

### **Realizace:**

Dne 3. 9. 2014 je pacientka seznámena s numerickou škálou bolesti. Pravidelně 2-3x denně se jí dotazují na intenzitu a místo bolesti. V 8:00 je pacientce podán Novalgin 500mg 1tbl per os jako nastavená chronická medikace. Pacientka uvádí na stupnici od 0-10 bolest č. 5 a to v oblasti beder. Zapsala jsem vše řádně do dokumentace. Pacientka neprojevuje žádné nežádoucí účinky analgetika. V 9:00 pacientka je bez bolesti a chystá se na převaz defektu. Aplikován Tramal 100mg 2ml s.c. jako prevence bolesti. Zapsáno do ošetrovatelské dokumentace. Byl proveden převaz a pacientka během převazu bolesti neudávala. Je polohována co tři hodiny a zachází se s ní šetrně. V 11:30 podán Novalgin 500mg 1tbl per os jako chronická medikace. Pacientka je poučena o úlevové poloze fyzioterapeutkou. Rehabilituje v rámci lůžka a bolesti neudává. Neverbální projevy pacientky jsou velmi uspokojivé. Má dnes dobrou náladu a stále se jen usmívá. V 16:30 bolest č. 5 a to v oblasti beder. Zapsáno do dokumentace. Pacientce podán Novalgin 500 mg 1 tbl per os jako chronická medikace. Hodinu po podání se pacientce ulevilo. V noci spala klidně.

Dne 12. 9. 2014 má pacientka dle ordinace lékaře naordinován Novalgin 500 mg 1tbl per os ráno a večer. V 8:00 podán Novalgin 500 mg 1tbl per os a pacientka uvádí intenzitu bolesti na numerické škále bolesti č. 3. Zapsáno do dokumentace. Před převazem byl vysazen z medikace Tramal 100 mg 2 ml s.c. na vlastní požádání pacientky. Během převazu bolesti neudává, pacientka vypadá spokojeně. Polohuje se co 3 hodiny převážně na pravý bok. Rehabilituje s fyzioterapeutkou. V 16:30 podán Novalgin 500 mg 1tbl per os jako chronická medikace. Pacientka bolesti neuvádí. V noci spala klidně.

Dne 20. 9. 2014 má pacientka od lékaře naordinován na bolesti Novalgin 500 mg 1 tbl per os dle potřeby. Ráno pacientka bolesti neuvádí. Vypadá spokojeně. Při převazu bolesti neměla. Polohována stále co 3 hodiny a posazována k jídlu s dolními končetinami spuštěnými z lůžka a opěrou za zády. 15:40 pacientka uvádí bolest beder na stupnici od 0-10 č. 3. Zapsáno do dokumentace a podán Novalgin 500 mg 1 tbl per os s efektem. V noci spala klidně.

### **Hodnocení 20. 9. 2014**

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka si zmírnila bolest z č. 5 na číslo 3 do jednoho týdne. Analgetika byly postupně vysazeny a podány pacientce jen na vlastní vyžádání. Dlouhodobý cíl za mé přítomnosti nesplněn. V intervencích se pokračuje nadále.

## **2. Narušená integrita tkáně**

**Název+ kód:** Narušená integrita tkáně (00044)

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Fyzické poškození

**Definice:** poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání

**Určující znaky:** poškozená tkáň, zničená tkáň

**Související faktory:** zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory (tlak, střížné síly, tření)

**Rizikové faktory:** žádné

**Cíl:**

**Dlouhodobý:** Pacientka má zhojený dekubit v sakrální oblasti do 2 měsíců.

**Krátkodobý:** U pacientky dojde ke známkám hojení do 10 dnů.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka dodržuje léčebný režim po dobu hospitalizace.
- Pacientka se snaží udržovat dekubit v čistotě a suchu po dobu hospitalizace.
- Pacientka má pestrou stravu po dobu hospitalizace.
- Dekubit začne epitelizovat do 10 dnů.
- Pacientka je seznámena s aseptickým přístupem k dekubitu po dobu hospitalizace.
- Okolí defektu se udržuje v čistotě a suchu aby nedošlo k zanesení infekce do rány po dobu hospitalizace.

**Intervence:**

- Pouč pacientku o dodržování léčebného režimu do jednoho dne – všeobecná sestra.
- Edukuj pacientku o nutnosti zachování čistoty defektu a jeho okolí, průběžně, všeobecná sestra.
- Charakterizuj rozsah a stupeň dekubitu do jednoho dne – všeobecná sestra.
- Pravidelně kontroluj čistotu ložního prádla a inkontinenčních pomůcek během celého dne – ošetřovatelka.
- Udržuj pacientku v čistotě a suchu během celého dne – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Před každým převazem si umyj a vydesinfikuj ruce a nasad' si ochranné pomůcky (rukavice, rouška) – všeobecná sestra.
- Dbej na aseptický postup při převazu dekubitu během celé hospitalizace – všeobecná sestra.
- Použij vždy sterilní obvazové materiály při každém převazu – všeobecná sestra.
- Biologický odpad z rány zlikviduj do infekčního odpadu dle standardů oddělení během celé hospitalizace – všeobecná sestra.
- Sleduj proces hojení a pečuj o okolí rány během celé hospitalizace – všeobecná sestra.
- Pravidelně se dotazuj pacientky na bolesti během celé hospitalizace – všeobecná sestra.
- Charakteristiku rány a obvazový materiál, který byl použit na ránu, vždy zapiš do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra.
- Pravidelně polohuj pacientku co 2-3 hodiny – všeobecná sestra.
- Pečuj o predilekční místa pacientky po dobu hospitalizace – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Používej polohovací pomůcky pro větší pohodlí pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

**Realizace:**

Dne 3. 9. 2014 je pacientka hospitalizována 1. den. Před převazem v 9:05 jí byl aplikován Tramal 100 mg 2ml s.c. Po 30 minutách byla rána odkryta. Rána je o velikosti 12x8 cm, hluboká asi 12 cm, nekrotická, uvnitř mírný povlak (viz příloha E). Pacientku jsem odvezla do sprchy a dle ordinace lékaře ránu vysprchovala. Po příjezdu na pokoj se na dekubit aplikoval obklad Debricasanem, který byl na ráně 10 minut. Ránu jsme vyčistily a za přísných aseptických podmínek se do rány aplikoval Alginát a krytí. Okolí rány promazáno Menalid pastou. Pacientka bolesti neuvádí. Dle ordinace lékaře se převazy provádějí denně.

Dne 12. 9. 2014 již pacientce nebyl aplikován před převazem Tramal 100 mg 2 ml s.c. Ránu jsem vysprchovala, byl aplikován obklad Debricasanem na 10 minut. Rána má velikost 10x6, stále hluboká asi 10 cm, uvnitř granulace, okolí rány se hojí (viz



příloha F). Za aseptických podmínek do rány aplikován Alginát a krytí, okolí rány promazáno Menalid pastou. Pacientka bolesti neudává. Zapsáno do ošetrovatelské dokumentace.

Dne 20. 9. 2014 rána je osprchována, aplikován obklad Debricasan na 10 minut. Velikost rány 6x5 cm, rána čistá, gratulační tkáň evidentní (viz příloha G). Za aseptických podmínek aplikován do rány Astisorb, Inadine a krytí. Okolí rány promazáno Menalid pastou. Pacientka bolesti nemá. Vše zapsáno řádně do ošetrovatelské dokumentace.

### **Hodnocení 20. 9. 2014**

Krátkodobý cíl splněn. Pacientce se dekubit začal hojit do 10 dnů. Rána je klidná, hojí se rychle. Dlouhodobý cíl za mé přítomnosti nesplněn. V intervencích se pokračuje nadále.

### **3. Snížený objem tekutin v organismu**

**Název + kód:** Snížený objem tekutin v organismu (00027)

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** Snížený intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je bez změn [koncentrace] sodíku.

**Určující znaky:** snížený kožní turgor, snížený turgor jazyka, suché sliznice, suchá kůže

**Související faktory:** Aktivní pokles objemu tělesných tekutin

**Cíl:**

Dlouhodobý: Pacientka má stabilní objem tekutin v organismu do 1 měsíce.

Krátkodobý: Pacientka nejeví známky dehydratace do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka má dostatečný příjem tekutin po celý den.
- Pacientka vypije 1,5-2litry tekutin denně.
- Pacientka má přiměřený kožní turgor po dobu hospitalizace.
- Pacientka respektuje infuzní terapii.
- Pacientka vylučuje čistou moč bez známek infekce po dobu hospitalizace.

**Intervence:**

- Pouč pacientku o dostatečné hydrataci během dne ihned - všeobecná sestra.
- Zajisti pacientce dostatečné množství tekutin ihned – ošetrovatelka.

- Zapoj návštěvy do procesu hydratace pacientky – průběžně – všeobecná sestra.
- Aktivně napájej pacientku po celý den – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Sleduj kožní turgor pacientky po celou dobu hospitalizace.
- Sleduj barvu a množství moči po celý den – všeobecná sestra.
- Pečuj o dutinu ústní po dobu hospitalizace – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Podávej pacientce sipping 1x denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Sleduj nadměrné pocení nebo zvracení po celou dobu hospitalizace – všeobecná sestra.
- Zajisti čisté ložní prádlo po celou dobu hospitalizace – ošetřovatelka.
- Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

### **Realizace:**

Dne 3. 9. 2014 je naordinována pacientce infuzní terapie. Fyziologický roztok 500ml s.c. kape od 10:00 - 13:00. Pacientka poučena o hydrataci. Kožní turgor sníženy, sliznice suché. Aktivně napájena po celý den. Péče o dutinu zajištěna ošetřovatelkou. Sipping podán – Cubitan. Od 16:00 – 19:00 kape Glukóza 5% 500 ml s.c. Pacientka se nepotí, nezvrací. Moč je čirá. Pacientka dnes vypila 1200 ml čaje a vymočila 1500 ml moče.

Dne 12. 9. 2014 má pacientka naordinovanou infuzní terapii jen v dopoledních hodinách, a to od 10:00 – 13:00 Fyziologický roztok 500ml s.c. Pacientka se cítí dobře, kožní turgor přiměřený, sliznice vlhké. Moč je čirá, bez příměsí. Sipping podán (Cubitan). Pacientka aktivně napájena. Příjem tekutin dnes 1500 ml a výdej 1400 ml moče.

Dne 20. 9. 2014 infuzní terapie zrušeny. Pacientka dostatečně zavodněna. Ošetřovatelská diagnóza ukončena.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn. Pacientka nevykazuje známky dehydratace. Kožní turgor přiměřený, sliznice vlhké. Pokračování v intervencích, aby došlo k naplnění dlouhodobého cíle.

## 13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Součástí bakalářské práce bylo sledování a realizace ošetrovatelského procesu u geriatrického pacienta s problematikou dekubitů v důsledku imobilizačního syndromu. Na základě zjištěných informací, jsme přišli na některé aspekty ošetrování, na které je třeba se zaměřit. Doporučení pro praxi bylo stanovené pro pacienty s dekubity a imobilizačním syndromem, a také pro zdravotnický personál ošetřující tyto pacienty.

Doporučení pro ošetrovatelský personál:

- Více se vzdělávat v problematice dekubitů.
- Poznávat nové obvazové materiály a nové techniky léčby.
- Poučit pacienta o způsobech léčby.
- Využívat dostatečné množství polohovacích pomůcek.
- Polohovat pacienta co 2-3 hodiny dle potřeby pacienta.
- Pečovat o predilekční místa.
- Přistupovat k pacientovi jako profesionál
- Nezanedbávat hygienu pacienta, zvláště ne u imobilních pacientů.
- Pravidelně měnit ložní i osobní prádlo pacienta.
- Pacient by měl být pochválen i za sebemenší pokrok v rehabilitačním cvičení.
- Motivovat pacienta k rehabilitaci
- Projevit empatii vůči pacientovi.
- Občas si sednout k pacientovu lůžku a vyslechnout si jeho potíže a problémy.

Doporučení pro pacienty:

- Aktivně se podílet na rehabilitaci, ať už dechové nebo pohybové.
- Dodržovat postup a zásady rehabilitace v domácím prostředí ale i v nemocničním (viz příloha H).
- Pečovat o sebe v oblasti hygienické péče.
- Nezanedbávat žádnou oděrku na těle.
- Vyvarovat se a chránit se před pádem.
- Spolupracovat s ošetřujícím personálem a být iniciativní v pohybové oblasti.
- Dodržovat prevenci vzniku dekubitů a předcházet imobilizačnímu syndromu.

Doporučení pro rodinu:

- Rodina by měl pacienta co nejvíce motivovat. Poskytnout mu oporu, lásku a bezpečí.
- Pomáhat v jakékoli denní činnosti.
- V domácím ošetrování přizpůsobit prostředí potřebám pacienta.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo seznámit se s problematikou geriatric, dekubitů a imobilizačním syndromem a zpracovat ošetrovatelský proces, což bylo splněno. Lze konstatovat, že není v silách zdravotníků dekubit kompletně zhojit do měsíce. Samozřejmě záleží na velikosti dekubitu, fázi hojení a přidružených komplikacích. Ze všeho nejdůležitější je zvolit ten správný krycí a obvazový materiál, který nemocnému vyhovuje. Přes to, že jsou právě dekubity jedním z indikátorů kvality péče, stále jejich množství přibývá.

Práce se psala formou ošetrovatelského procesu. V případě pacientky, jejíž situace byla rozebrána v této bakalářské práci, se jednalo o dlouhodobě rozvíjející se sakrální dekubit. Pacientka si navíc před dobou způsobila pádem doma frakturu humeru levé horní končetiny, a tak se stala imobilní pacientkou.

Důležitou součástí teoretické části je prevence a léčba dekubitů a také velká škála krycích a obvazových materiálů. V praktické části jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle priorit Nanda taxonomie 2012- 2014 a následně sestavili, zrealizovali a nakonec zhodnotili individuální plán péče u konkrétní pacientky. Cíl byl splněn částečně. K závěru práce jsme napsali doporučení pro praxi.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9

JANÁKOVÁ, Anna. *Výživa v prevenci a léčbě dekubitů. Praktická příručka pro pacienty*. Pardubice: Nutricia, 2013. Dostupné také z [www.vyzivavnemocnici.cz](http://www.vyzivavnemocnici.cz)

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra. ISBN 978-802-472-1507.

KAINAROVÁ, Ludmila. *Diagnóza v ošetřovatelství. Odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. Ročník 1, číslo 3, 2005. Vydavatel: Promediamotion s. r. o., ISSN 1801- 1349

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. CARE. ISBN 80-726-2455-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAREN, Igor a Sabina ŠVESTKOVÁ. *Chronický vřed dolní končetiny: bércový vřed (ULCUS CRURIS) : doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: 2007*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2007, 10 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-18-3.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9

KOVAČOVIČOVÁ, R. *Moderní přístupy v léčbě dekubitů u geriatrických pacientů v následné péči – naše zkušenosti*. Praha, 2008. Dostupné z [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr\\_08\\_01\\_09.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_08_01_09.pdf)

*Malnutrice*, 2015, dostupné z [http://www.labtestsonline.cz/condition/Condition\\_Malnutrition.html](http://www.labtestsonline.cz/condition/Condition_Malnutrition.html)

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., vi s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.

MIKUŠOVÁ, Monika. *Proleženiny (dekubity)*. Rok neuveden. Dostupné z <http://www.lecimenemocnehodoma.cz/Prolezeniny-dekubity.html>

*Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 9788024743288.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 76 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 9788024733715.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriiatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5

RIEBELOVÁ, Věra, Jan VÁLKA a Milada FRANČŮ. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 159 s. Trendy soudobé chirurgie, sv. 3. ISBN 8072620339.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4

STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. Vyd. 1. Semily: GEUM, 2011, 371 s. ISBN 9788086256795.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 8072623656.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1147, [12] s. ISBN 9788073452025.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Barthelové test základních všedních činností .....	II
Příloha B – Riziko vzniku dekubitů dle Northonové .....	IV
Příloha C – Mini-Mental State Examination.....	V
Příloha D – Příklad dokumentace.....	VI
Příloha E – Sakrální dekubit 3. 9. 2014 .....	VIII
Příloha F – Sakrální dekubit 12. 9. 2014.....	IX
Příloha G – Sakrální dekubit 20. 9. 2014 .....	X
Příloha H – Informace pro pacienty Geriatrické kliniky VFN v Praze .....	XI
Příloha I – Rešerše.....	XII

# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA A

### Barthelové test základních všedních činností

#### (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk): .....

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10



		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

(POKORNÁ A KOLEKTIV, 2013)

## PŘÍLOHA B

### Riziko vzniku dekubitů dle Northonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Jiné nemoci	Celkový stav	Vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrá	< 60	velmi dobrá	žádné	dobry	jasné	nezávislý	bez omezení	není
3	částečná	61 - 70	dobrá	1	uspokojivý	somnolentní	mírně závislý	částečně omezená	občasná
2	malá	71 - 80	intaktní, vlhká	2	špatný	soporózní, delirium	velmi závislý	velmi omezená	trvalá - moči
1	žádná	> 81	atrofická, alergická	více než 2	velmi špatný	komatózní	zcela závislý	imobilní	moči i stolice

Riziko vzniká při 25 bodech a méně  
(TOPINKOVÁ, 2005)

# PŘÍLOHA C

MMSE sledované pacientky ze dne 3. 9. 2014

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

### 1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- „Které je roční období?“
- „Který máme nyní rok?“
- „Kolikátého je dnes?“
- „Který den v týdnu je dnes?“
- „Který je měsíc?“
- „Ve kterém jsme městě?“
- „Ve kterém jsme okrese?“
- „V jaké jsme zemi?“
- „Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?“
- „V kolikátém jsme poschodí?“

### 2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

- LOPATA  ŠÁTEK  VÁZA

„A nyní prosím slova zopakujte.“

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

### 3. Pozornost a počítání

„Nyní odečtěte od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“

- 93  86  79  72  65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

„Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“

- M  R  K  O  P

### 4. Vybavování

„A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“

- LOPATA  ŠÁTEK  VÁZA

### 5. Poznání předmětů

- „Co je to?“  Ukažte hodinky.  
„Co je to?“  Ukažte tužku.

### 6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

- „První pražská paroplavba.“

### 7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu.“

1. stupeň:  uchopení papíru do pravé ruky
2. stupeň:  přeložení papíru na polovinu
3. stupeň:  položení papíru na podlahu

### 8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn „ZAVŘETE OČI“.  
Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- „Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to.“

### 9. Psaní

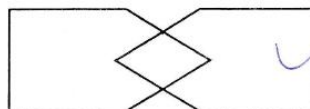
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- „Napište libovolnou větu.“

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat pravopisné chyby, ale musí mít podnět a přísudek.

### 10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevádí.

### **Hodnocení:**

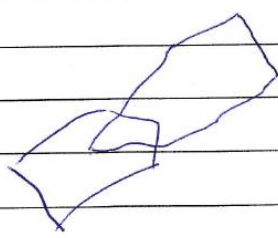
Maximální počet je 30 bodů.

<b>27 - 30 bodů</b>	normální stav
<b>25 - 26 bodů</b>	hraniční nález, možnost demence
<b>10 - 24 bodů</b>	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
<b>6 - 9 bodů</b>	demence středního až těžkého stupně
<b>0 - 5 bodů</b>	demence těžkého stupně

POZNÁMKY:

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Foto- DUXOVÁ Jana, 2014

# PŘÍLOHA D

Hodnocení rizika dekubitů, rizika pádu a test základních všedních činností sledované pacientky.

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ		ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ					Opakujte screeningy po 7 dnech hospitalizace				
činnost	provedení činnosti	bodové skóre	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 (5)	4 - úplná	<do 10 let	-normální	-žádné	-dobrý	-bábilý 4	-chodící, samostatný	-úplná	-kontinentní
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 (0)	3 - malá	<do 30 let	-suchá, šupinatá	-sniženi imunity -horečka -diabetes mellitus	-zhoršen 3	-apatický	-chodící s doprovodem	-částečně omezená	-občasná inkontinence
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 (0)	2 - částečná	<do 60 let	-vlhká	-sklerosis multiplex -obezita -anemie	-špatný	-zmatený	-sedící na lůžku, v křesle	-velmi omezená	-inkontinence převážně moče 2
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0 (5)	1 - žádná	<60 let +	-alergie, porušená	-onemocnění cév	-velmi špatný	-bezvědomí	-ležící 1	-žádná	-inkontinence moče a stolice
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 (0)									
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 (5)									
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 (0)									
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci vydrží sedět neprovede	15 5 (0)									
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomoci 50m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 (0)									
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 (0)									
Celkem bodů: 15 bodů											
Hodnocení stupně závislosti:											
0-40	vysoce závislý										
45-60	závislost středního stupně										
65-95	lehká závislost										
96-100	nezávislý										
RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK PÁDU											
VĚK/VÝŠKA: 54 kg / 176 cm BMI (BMI: kg/m <sup>2</sup> ): 28,29 (obvod paže 28cm M/22cm ž=BMI 23) <input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více <input checked="" type="checkbox"/> pooperační období <input checked="" type="checkbox"/> závratě <input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia, antidiabetika) Celkem bodů: 6 bez rizika (0-1 bod) každá zohrnutá položka = 1 bod riziko vzniku pádu (2-11 bodů)											
RIZIKO MALNUTRICE											
BMI: 28,29 Neplánovaný pokles hmotnosti za posledních 3-6 měsíců Předpoklad nepřijímání stravy Skóre: 1 bod Skóre 2 a více - kontaktujte ošetřujícího lékaře nebo nutričního terapeuta.											
Datum: 15.7.2014 Ošetřovatelské problémy: 1. BOLEST Z důvodu: zjištění lokalizaci a intenzitu bolesti Ošetřovatelský plán: zjištění lokalizaci a intenzitu bolesti Datum a popis: Stanovila:											

Foto- DUXOVÁ Jana, 2014

## PŘÍLOHA E

Sakrální dekubit před převazem 3. 9. 2014. Rána nekrotická a povleklá.



Foto- DUXOVÁ Jana, 2014

## PŘÍLOHA F

Sakrální dekubit před převazem 12. 9. 2014. Rána čistá, uvnitř granulační tkáň, okolí rány se hojí.



Foto- DUXOVÁ Jana, 2014

## PŘÍLOHA G

Sakrální dekubit před převazem 20. 9. 2014. Okolí rány klidné, epitelizace evidentní.

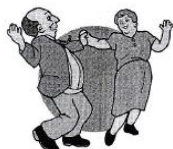


Foto- DUXOVÁ Jana, 2014



# PŘÍLOHA H

Poučení pro pacienta na Geriatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice, Praha 2



## Geriatrická klinika VFN v Praze

### Informace pro naše pacienty

Oddělení slouží převážně pro nemocné starší 65 let, kteří jsou překládáni z akutních oddělení VFN. Je jim zde poskytována komplexní péče s cílem zlepšit nebo udržet výchozí kvalitu života a funkční stav.

Geriatricie je multidisciplinární obor. S větším důrazem se na našem pracovišti věnujeme péči o chronické rány a výživu hospitalizovaných nemocných



### Jak probíhá rehabilitace a aktivizace na ošetrovatelském oddělení?

Na ošetrovatelském oddělení volíme jinou formu rehabilitace než na odd. akutním. Klademe zde důraz především na udržení samostatnosti v obvyklých denních činnostech, které zahrnují např. najedení se, jednoduché úkony hygieny a toalety, přesuny z lůžka a postavení se, chůze a další. V omezené míře také probíhá klasická rehabilitace s fyzioterapeutkou.



### Kdo poskytuje tyto služby našim pacientům?

Kromě registrovaných zdravotních sester, pomocného zdravotnického personálu zde, máme také aktivizační pracovníci pro individuální každodenní cvičení a udržování kognitivních funkcí a fyzioterapeutky.



Účast na skupinovém cvičení je vhodná pro pacienty, kteří zvládnou jednoduchá tělesná cvičení, převážně vsedě. Doplněná jsou trénování psychické aktivity – vzpomínky, písničky, hovor o současných událostech a podobně.

### V čem a jak můžete svému blízkému, ale i nám pomoci vy - naši návštěvníci?

Především prosíme, abyste i vy v době návštěv podporovali pacienta v samostatném obouvání, oblékání a posazování. Pokud se může posadit hovořte s ním vsedě. Jestliže je schopen chůze, projděte se s ním. Zajistěte vhodnou uzavřenou obuv s pevnou patou (nazouvací lžice usnadní obouvání). Obstarejte nápoje v plastových lahvích (k dispozici je pouze čaj). Informujte se u staniční, nebo osobní sestry o možnostech využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Nezapomeňte také přinést z domova kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadla).



### Co naopak nechte doma?

Ostré předměty, objemná zavazadla, větší finanční obnos, cennosti, léky.

Věřte, že my všichni pozorně vyslechneme Vaše připomínky a náměty ke zlepšení péče. Pevně věříme, že spolu s Vámi dokážeme vytvořit co nejpríjemnější prostředí i v době Vaší nemoci.

### Pracovníci ošetrovatelského oddělení

Foto- DUXOVÁ, Jana, 2014

# PŘÍLOHA I

## Bibliografický soupis

### Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s dekubity vlivem imobilizačního procesu

#### Bibliografický soupis

<b>Počet záznamů:</b>	<b>39</b> (vysokoškolské práce-3, knihy-26, články a příspěvky ve sborníku-10)
<b>Časové rozmezí:</b>	2000 - 2014
<b>Jazykové vymezení:</b>	Čeština, slovenština
<b>Druh literatury:</b>	Vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
<b>Datum:</b>	29.10.2014

#### Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

**Klíčová slova:** geriatrický pacient, geriatrické ošetrovatelství, imobilizační syndrom, dekubity, ošetrovatelský personál